

# **PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018**

## **Approvazione dei programmi di prevenzione per il periodo 2015-2018**

## INDICE

|  | <i>pag.</i> |
|--|-------------|
| Introduzione   | 3           |
| Il profilo di salute della popolazione piemontese  | 7           |
| Programmi del Piano regionale di prevenzione 2015-2018   | 25          |
| 1. Guadagnare Salute Piemonte - Scuole che promuovono salute                                   | 25          |
| 2. Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di vita                                    | 41          |
| 3. Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro                                  | 61          |
| 4. Guadagnare Salute Piemonte - Promozione della salute e prevenzione<br>nel setting sanitario | 73          |
| 5. Screening di popolazione  | 105         |
| 6. Lavoro e salute   | 127         |
| 7. Ambiente e salute   | 149         |
| 8. Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili  | 175         |
| 9. Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare  | 185         |
| 10. Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano regionale di prevenzione               | 203         |
| Piano di monitoraggio e valutazione  | 217         |

## INTRODUZIONE

Questo Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 (PRP) intende mettere in opera tutti gli sforzi necessari per proteggere il quadro delle garanzie sociali faticosamente costruite fino ad oggi, per continuare a rispettare la visione già enunciata nel Piano nazionale della prevenzione (PNP) ed i principi che devono improntare l'operato della sanità pubblica:

- la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività;
- l'equità sociale e le uguali opportunità di salute per tutti;
- il coinvolgimento degli enti locali per sfruttare al meglio il potenziale di salute presente in tutte le politiche anche non sanitarie;
- la comunicazione e l'ascolto;
- l'integrazione tra tutti i servizi del sistema socio-sanitario e la collaborazione con tutte le componenti istituzionali del tessuto sociale e il volontariato;
- l'efficacia e l'appropriatezza, con l'applicazione rigorosa dei principi dell'evidenza scientifica, dell'azione per priorità di salute e della trasparenza delle scelte;
- la sobrietà e la sostenibilità degli interventi;
- la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori.

Il PRP 2015-2018 si sviluppa in coerenza con gli obiettivi e le strategie del PNP e ricerca la continuità con le strategie organizzative già declinate nel PRP 2010-2012 che hanno consentito, in questi anni, di mantenere la rotta tracciata.

### Strategie e bisogni di salute

Il Piano fissa obiettivi comuni prioritari, nel solco tracciato dal PNP, che rispondono a bisogni di salute rilevanti, individuati a livello nazionale e regionale.

Si tratta di una rilevanza valutata innanzitutto come carico di malattia, ma anche in termini di sviluppo di settori o gruppi sociali, nonché etici e di coesione sociale.

Gli obiettivi prioritari sono quindi definiti ed esplicitati, attraverso l'analisi del contesto e l'identificazione dei determinanti/fattori di rischio, per:

- ridurre il carico di malattia rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di welfare. Ciò è particolarmente proprio degli obiettivi correlati alla riduzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili, alla riduzione degli incidenti e delle malattie professionali nonché alla promozione dell'invecchiamento attivo (*active ageing*);
- investire sul benessere dei bambini e dei giovani. È una scelta dal forte contenuto formativo e di *empowerment* che intende promuovere, in un approccio *life course* che privilegia gli interventi precoci, contesti favorevoli allo sviluppo di responsabilità e capacità personali che riguardano la proposta di stili di vita salubri, il perseguimento del benessere mentale, l'assunzione di comportamenti di rifiuto delle dipendenze e dei comportamenti a rischio;
- rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive efficaci consolidate nel corso degli anni, anche in relazione agli atti di pianificazione nazionale (interventi preventivi nei luoghi di vita e di lavoro, prevenzione malattie infettive, vaccinazioni, sicurezza alimentare, ecc.);
- rafforzare e mettere a sistema l'attenzione ai gruppi fragili;
- considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente promuovendo un rapporto salubre fra salute e ambiente e sviluppando le potenzialità di approccio inter-istituzionale del servizio sanitario;
- considerare l'interazione tra condizioni socioeconomiche e culturali e stile di vita personale in un approccio per setting finalizzato a modificazioni organizzative, culturali e di salute sul lungo periodo, con particolare attenzione alle strategie europee delineate nel WHO - Europe Action Plan NCD 2016/2020 rispetto all'ambiente scolastico (network Schools for Health in Europe, SHE) e ambiente di lavoro (Network Workplace health promotion, WHP).

### La salute in tutte le politiche

La prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente ed è quindi necessario costruire una cultura condivisa, in un sistema di rete, in cui la "salute" diventi una attenzione globale e non solo del sistema sanitario.

I Profili e Piani per la Salute (PePS) sono stati, in Piemonte, lo strumento utilizzato per sviluppare il principio universalmente riconosciuto della *salute in tutte le politiche* e promuovere politiche favorevoli alla salute in diversi ambiti quali alimentazione, ambiente, commercio, educazione, industria, lavoro e trasporti.

Tale metodo di lavoro, ancorché sviluppato in modo disomogeneo sul territorio regionale, si è dimostrato capace di rafforzare consapevolezze, promuovere la valutazione dell'impatto sulla salute nei processi decisionali, tessere alleanze e ha portato alla concertazione di azioni utili alla salute collettiva.

Il principio della "salute in tutte le politiche" continuerà a improntare le azioni del PRP al fine di mantenere un elevato livello di attenzione sul tema cruciale dell'utilità sociale nell'impiego delle risorse pubbliche.

Nel definire le strategie e le azioni si considererà sia la funzione del SSR di diretta erogazione degli interventi sia il ruolo di *steward* nei confronti degli altri attori e portatori di interesse con modalità di intervento che dovranno recuperare quanto di positivo è stato maturato con l'esperienza dei PePS.

### Contrasto alle disuguaglianze

La popolazione del Piemonte sta mediamente bene, eppure le medie mascherano l'esistenza di differenze sistematiche: le persone privilegiate stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Queste differenze, sempre più accentuate in relazione all'allargamento della forbice sociale, sono socialmente determinate, ingiuste e modificabili.

La prevenzione e la promozione della salute basate su interventi di provata efficacia, gli strumenti volti a orientare le politiche del territorio verso obiettivi di salute hanno un ruolo determinante nel contrastare la vulnerabilità sociale e i rischi per la salute evidenziati dalle disuguaglianze; è rilevante in tal senso anche la medicina di genere, o delle differenze, che tenga conto delle peculiarità femminili non solo sotto l'aspetto biologico-funzionale, ma anche psicosociale e culturale, e che valorizzi le scelte individuali sulla propria salute.

Il PRP conferma quindi il tema della riduzione delle disuguaglianze all'interno di tutte le sue articolazioni, per la promozione non solo di tutti i processi di definizione di *policy* e di agevolazione effettiva di accesso ai servizi per le fasce fragili di popolazione, ma anche dei processi di umanizzazione della medicina rispettosi dei diritti e delle sensibilità dei pazienti, di valorizzazione degli aspetti di supporto, anche psicologico, alla persona, di promozione del ruolo del volontariato. Questa attenzione si concretizzerà nell'esercizio sistematico di processi di *equity audit*.

### Governance

Il Piano garantisce la trasversalità degli interventi: essa deve essere fortemente perseguita anche in termini di integrazione, ai fini del raggiungimento degli obiettivi del PRP, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative.

In Piemonte è stato adottato, fin dal 2009, un modello di coordinamento basato sul coinvolgimento dei responsabili degli interventi a livello locale (coordinatori dei Piani locali di prevenzione) e dei Servizi di supporto, nonché sulla ricerca dell'armonizzazione del PRP con le attività più o meno consolidate nei Servizi; il modello, pur con diverse aree ancora da sviluppare, ha contribuito a migliorare il livello di integrazione e coordinamento delle attività, nonché a coadiuvare le funzioni di governo del "sistema prevenzione".

Si è lavorato per ricercare coerenza tra i diversi strumenti di programmazione regionale e per ampliare la collaborazione con le diverse "anime" della sanità. Il PRP 2010-2012 ha sperimentato e consolidato alcuni essenziali strumenti specifici della *governance*: analisi del problema sulla base delle informazioni epidemiologiche, proposte operative orientate da prove di efficacia, appropriatezza e qualità, formazione, sviluppo di percorsi integrati e intersettoriali, valutazione e comunicazione dei risultati.

Occorre proseguire su questa strada nell'ottica della progressiva maturazione del sistema.

### Sostenibilità

Oltre ad essere in grado di produrre un impatto di salute, gli obiettivi del piano risponderanno anche a una logica di sistema e dovranno quindi essere realizzati attraverso interventi sostenibili e "ordinari".

Il PRP 2015-2018 è pertanto un piano inclusivo, che recepisce gli obiettivi determinati dal livello centrale, già decisi all'interno di Piani nazionali di settore, gli adempimenti previsti dal quadro normativo nonché gli obiettivi determinati dalla specificità piemontese.

La ricerca della sostenibilità e della sistematicità richiede un completo coinvolgimento del livello locale: l'esperienza degli anni scorsi ha consentito di consolidare un forte rapporto verticale garantito sia dalla partecipazione di rappresentanze locali alle decisioni assunte al livello centrale, sia dal recepimento degli indirizzi di programmazione

centrale nei Piani Locali di Prevenzione. La continuità dell'azione centrata sul PRP e sui PLP costituisce elemento di stabilità e sostenibilità.

### Accountability

Il PRP riconosce l'importanza fondamentale della genesi e fruizione della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute e la valutazione dei risultati conseguiti.

Il PRP sarà monitorato, ove possibile, attraverso indicatori di *outcome*, ovvero indicatori di *early-outcome* o attraverso indicatori di processo collocati sui punti critici del sistema.

Ancora l'esperienza degli anni scorsi ha consentito di consolidare una particolare attenzione alla rendicontazione dei risultati raggiunti e alla comunicazione agli stessi *stakeholders* e decisori locali; questo aspetto sarà, nel prossimo quadriennio, ulteriormente rafforzato. Garantire livelli di comunicazione e di partecipazione alle decisioni per la salute saranno obiettivi prioritari presidiati anche con specifiche azioni di governance.

### Risorse

Le attività di prevenzione ricadono nelle prestazioni sanitarie finanziate con il Fondo sanitario e come tali vanno inserite nell'organizzazione aziendale e nei programmi di attività dei Servizi del Dipartimento della prevenzione e delle Strutture aziendali coinvolte nei Piani locali di prevenzione.

Questo comporta la necessità che le risorse stanziare per la prevenzione (5% del FSN + Fondi vincolati) siano effettivamente utilizzate per gli interventi di prevenzione che gravano sull'operatività di strutture indebolite dai provvedimenti di riduzione della spesa pubblica e dai vincoli imposti dal Piano di rientro.

Pur partendo dalla revisione delle pratiche di dubbia utilità o obsolete è possibile che, in taluni casi, lo sviluppo dei programmi previsti dal Piano richieda la ridefinizione delle risorse in rapporto agli obiettivi da perseguire.

È necessario pertanto che i responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione ed i Coordinatori dei Piani Locali di Prevenzione rilevino in tempo le criticità che possono pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi di Piano segnalandole alla Direzione Generale.

Qualora la Direzione dell'ASL rilevasse un disequilibrio tra risorse disponibili ed obiettivi da raggiungere se ne potrà tenere conto nella definizione dello stanziamento del bilancio di previsione dell'anno successivo o dei criteri di riparto delle risorse tra le ASL.

Per quanto concerne la disponibilità di risorse umane, va data priorità all'eliminazione di pratiche obsolete, alla redistribuzione interna dei carichi di lavoro e al riordino delle funzioni nell'ambito del piano di riorganizzazione aziendale. Fatte salve le eccezioni previste in caso di impiego di risorse private o di fondi per la ricerca, non sono previste deroghe ai vincoli previsti dall'attuale disciplina del personale delle ASL.

Nelle tabelle successive si riporta l'attuale situazione del personale dei Dipartimenti di prevenzione ma si ritiene opportuno precisare che:

1. non tutto il personale dei Dipartimenti di prevenzione è coinvolto nell'attuazione del Piano. Una buona parte delle risorse di personale è addeba allo svolgimento di funzioni ispettive, ad attività di controllo e certificazione, ad adempimenti amministrativi collegati (istruttoria di pratiche, gestione di anagrafi, all'attuazione delle norme relative all'anticorruzione, alla trasparenza ed alla dematerializzazione, oltre che alle attività di inchiesta disposte dall'Autorità Giudiziaria o svolte d'iniziativa dell'ASL);
2. alcune azioni del Piano della Prevenzione prevedono una attività di rete tra soggetti appartenenti ad altre strutture dell'ASL, ad altri Enti territoriali e ad un partenariato diffuso.

Sebbene le tabelle non riportino una serie storica, il personale delle ASL ha subito negli ultimi 10 anni una riduzione numerica media del 10% e un progressivo invecchiamento (anche culturale) dei dipendenti e della frazione di personale alla soglia del pensionamento.

Le azioni descritte nel Piano di Prevenzione tengono conto delle relazioni attualmente esistenti e delle risorse disponibili. Una ulteriore contrazione delle risorse umane e finanziarie potrà pregiudicare seriamente l'attuazione delle azioni previste dai programmi.

Il Piano offrirà l'occasione per misurare con maggiore precisione le risorse complessive impiegate e gli strumenti previsti dal programma di governance consentiranno di definire meglio gli standard operativi aziendali e di avviare un confronto tra risorse dedicate, efficienza dei Servizi ed efficacia delle azioni.

|               | SIAN      |              |           |                                 |                |           | SVET (somma dei 3 servizi) |            |                                      |             |                                 |                |              |
|---------------|-----------|--------------|-----------|---------------------------------|----------------|-----------|----------------------------|------------|--------------------------------------|-------------|---------------------------------|----------------|--------------|
|               | Medici    | TPALL        | Dietisti  | Operatore tecnico specializzato | Amministrativi | Altro     | Totale                     | Veterinari | Veterinari convenzionati (part time) | TPALL       | Operatore tecnico specializzato | Amministrativi | Totale       |
| AL            | 9         | 18,3         | 1         | 1                               | 8,5            |           | 37,8                       | 43         | 2                                    | 13          | 4                               | 22             | 84           |
| AT            | 4         | 9,5          | 1         |                                 | 1,9            |           | 16,4                       | 36         | 2                                    | 3           | 4                               | 8              | 53           |
| BI            | 4         | 6            | 1         |                                 | 3,5            |           | 14,5                       | 17         |                                      | 3           |                                 | 6              | 26           |
| CN1           | 8         | 15           | 2         |                                 | 6              | 6         | 37                         | 109        | 47                                   | 10          |                                 | 36             | 202          |
| CN2           | 3         | 4            |           |                                 | 2              | 1         | 10                         | 19         | 5                                    | 1           |                                 | 6              | 31           |
| NO            | 6         | 9            |           |                                 | 4              | 3         | 22                         | 27         |                                      | 10          |                                 | 11             | 48           |
| TO1           | 2         | 10           | 5         | 1                               | 3              |           | 21                         | 19         | 6                                    | 12          | 15                              | 12             | 64           |
| TO3           | 7         | 14           | 3         |                                 | 6              |           | 30                         | 56         | 19                                   | 8           | 7                               | 21             | 111          |
| TO4           | 9         | 10           | 2         |                                 | 6              |           | 27                         | 52         |                                      | 12,3        |                                 | 22,5           | 86,8         |
| TO5           | 3         | 7            | 1         | 1                               | 6              |           | 18                         | 32         | 6                                    | 5           |                                 | 12,8           | 55,8         |
| VC            | 4         | 5            | 1         | 1                               | 2              |           | 13                         | 20         | 5                                    | 5           |                                 | 6              | 36           |
| VCO           | 5         | 5            | 2         |                                 | 17             |           | 29                         | 16         |                                      | 5           |                                 | 5              | 26           |
| <b>Totale</b> | <b>64</b> | <b>112,8</b> | <b>19</b> | <b>4</b>                        | <b>65,9</b>    | <b>10</b> | <b>275,7</b>               | <b>446</b> | <b>92</b>                            | <b>87,3</b> | <b>30</b>                       | <b>168,3</b>   | <b>823,6</b> |

Tabella 1. Personale in organico ai Servizi SIAN e Veterinari - Dati desunti dalle rendicontazioni PAISA 2014

| SISP          | Dirigenti medici | Dirigenti non medici | Operatori infermieristici | Tecnici della Prevenzione | Operatori amministrativi | Altri operatori | Totale        |
|---------------|------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| TO1           | 8,00             | n.r.                 | 29,05                     | 11,67                     | 14,88                    | 2,00            | 65,60         |
| TO3           | 12,33            | 1,00                 | 13,73                     | 12,11                     | 6,90                     | 1,50            | 47,58         |
| TO4           | 7,00             | 0,00                 | 12,00                     | 8,00                      | 5,60                     | 0,00            | 32,60         |
| TO5           | 8,22             | n.r.                 | 6,70                      | 5,83                      | 7,00                     | 1,67            | 29,42         |
| VC            | 4,70             | 0,00                 | 7,40                      | 3,00                      | 2,00                     | 0,00            | 17,10         |
| BI            | 6,00             | 0,00                 | 4,50                      | 4,50                      | 3,67                     | 2,00            | 20,67         |
| NO            | 8,92             | 0,00                 | 16,51                     | 10,00                     | 7,10                     | 0,00            | 42,53         |
| VCO           | 6,00             | 0,00                 | 5,00                      | 4,00                      | 1,83                     | 0,00            | 16,83         |
| CN1           | 11,00            | 0,00                 | 18,23                     | 7,75                      | 9,67                     | 1,50            | 48,14         |
| CN2           | 6,50             | 0,00                 | 8,75                      | 3,00                      | 2,67                     | 0,00            | 20,92         |
| AT            | 5,25             | 0,00                 | 10,00                     | 5,67                      | 3,00                     | 0,67            | 24,58         |
| AL            | 5,25             | 2,00                 | 7,67                      | 16,30                     | 7,80                     | 1,00            | 40,02         |
| <b>TOTALE</b> | <b>89,17</b>     | <b>3,00</b>          | <b>139,54</b>             | <b>91,83</b>              | <b>72,12</b>             | <b>10,33</b>    | <b>405,98</b> |

Tabella 2. Unità di personale SISP calcolate Mesi-operatore = N. unità che sono state presenti durante l'anno x N. di mesi lavorati da ciascuna unità x % di tempo in caso di operatori a part time ecc.

| SPreSAL       | Dirigenti medici | Dirigenti non medici | Operatori infermieristici | Tecnici della Prevenzione | Operatori amministrativi | Altri operatori | Totale        |
|---------------|------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| TO1           | 2,00             | 0,00                 | 5,00                      | 27,60                     | 10,86                    | 5,20            | 50,66         |
| TO3           | 5,00             | 0,00                 | 2,50                      | 22,05                     | 7,50                     | 1,00            | 38,05         |
| TO4           | 6,80             | 0,00                 | 0,00                      | 14,40                     | 7,07                     | 0,00            | 28,27         |
| TO5           | 4,00             | 1,70                 | 1,42                      | 11,03                     | 3,50                     | 0,00            | 21,65         |
| VC            | 2,88             | 0,00                 | 0,00                      | 8,00                      | 2,00                     | 0,00            | 12,88         |
| BI            | 2,00             | 0,00                 | 1,00                      | 7,92                      | 1,00                     | 0,00            | 11,92         |
| NO            | 3,00             | 0,00                 | 3,00                      | 12,25                     | 6,25                     | 0,00            | 24,50         |
| VCO           | 3,00             | 0,00                 | 1,33                      | 7,00                      | 0,00                     | 1,00            | 12,33         |
| CN1           | 6,00             | 0,00                 | 3,77                      | 17,58                     | 9,12                     | 0,00            | 36,47         |
| CN2           | 1,00             | 1,00                 | 1,70                      | 4,90                      | 1,78                     | 1,00            | 11,38         |
| AT            | 4,00             | 1,00                 | 1,00                      | 8,92                      | 2,00                     | 0,00            | 16,92         |
| AL            | 4,50             | 0,00                 | 1,00                      | 11,83                     | 6,00                     | 1,00            | 24,33         |
| <b>TOTALE</b> | <b>44,18</b>     | <b>3,70</b>          | <b>21,72</b>              | <b>153,48</b>             | <b>57,08</b>             | <b>9,20</b>     | <b>289,36</b> |

Tabella 3. Unità di personale SPreSAL ponderate in funzione del periodo di servizio prestato e della parte di orario dedicata allo SPreSAL

# **IL PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE PIEMONTESE**

La descrizione del profilo di salute della popolazione piemontese che accompagna il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 rappresenta sia il punto di partenza per identificare obiettivi e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione all'interno della regione, sia un "bilancio" di come la salute sia variata negli anni e di come le azioni messe in campo siano state efficaci nel migliorare la salute dei cittadini.

In Piemonte si sono succedute numerose esperienze di documentazione della salute dei Piemontesi e il profilo di salute presentato all'interno del Piano di Prevenzione 2014-2018 viene a collocarsi nel solco di questa lunga tradizione, che negli ultimi anni ha iniziato a utilizzare anche le informazioni raccolte dai quei sistemi di sorveglianza avviati in Italia proprio come strumenti per il monitoraggio e la valutazione dei Piani di prevenzione.

Il Piano Regionale della Prevenzione immediatamente precedente all'attuale si apriva con una descrizione della salute dei cittadini accompagnata da una tabella riassuntiva dei principali indicatori di salute misurati in Piemonte e in Italia. L'intento era quello di valorizzare il confronto tra la realtà regionale e quella nazionale allo scopo di mettere in evidenza punti di forza e aree critiche sulle quali indirizzare gli interventi di prevenzione. Proprio per dare continuità a quanto presentato nel precedente profilo, si è ritenuto di riprendere, con poche variazioni, la stessa lista di indicatori e di aggiornare i valori precedentemente riportati con quelli disponibili al momento di andare in stampa. In questo modo, si è voluto dare risalto, oltre che al confronto geografico Piemonte - Italia, anche al confronto temporale per valutare se e cosa si sia modificato negli ultimi anni. Certamente, il confronto con i valori nazionali non esaurisce le dimensioni attraverso le quali è necessario ricercare obiettivi di salute. È ben noto come la frequenza e la rilevanza dei problemi di salute e dei suoi determinanti varino, per esempio, per genere e nelle diverse fasce di età ed è altrettanto noto come all'interno della regione vi siano importanti differenze geografiche e sociali negli indicatori di salute; tuttavia, si è ritenuto di approfondire questi aspetti all'interno dei capitoli dedicati ai singoli macro-obiettivi. Questo per meglio identificare gli obiettivi specifici e le conseguenti azioni mirate a fasce di popolazione a diverso rischio.

Di conseguenza, questa prima parte introduttiva si propone di tracciare un profilo di salute "generale" attraverso il ricorso alle principali fonti informative disponibili. Il profilo di salute è articolato in quattro paragrafi, dedicati il primo e il secondo alle caratteristiche demografiche e sociali della popolazione residente, essendo questi due elementi fortemente caratterizzanti la salute e i bisogni dei cittadini. Il terzo paragrafo è dedicato a una raccolta di indicatori generali dello stato di salute provenienti da diverse fonti informative. Il quarto paragrafo presenta alcuni indicatori relativi a quei fattori comportamentali che condizionano fortemente la salute dei cittadini anche se con effetti rilevanti solo a distanza di tempo. Si tratta di determinanti specifici per alcuni dei macro obiettivi di salute individuati dal Piano Nazionale di Prevenzione ma si è deciso di lasciarli anche nella parte introduttiva "generale" non solo perché le azioni di prevenzione su questi fattori sono quelle che attualmente hanno il maggiore impatto potenziale di guadagno di salute, ma perché sul ruolo positivo che i comportamenti possono avere sulle condizioni di salute si gioca un ruolo importante per la sostenibilità del sistema sanitario. Infine, l'ultimo paragrafo approfondisce il tema delle differenze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio e quanto queste contribuiscano nell'esposizione della collettività a fattori di rischio potenzialmente evitabili.

## Demografia

La popolazione totale residente in Piemonte, al 1.1.2014, ammontava a 4.436.798 abitanti, di cui 2.146.570 uomini (48,4% del totale) e 2.290.228 donne (51,6% del totale), in lieve aumento (+ 2,4%) rispetto al 2007 in cui la popolazione totale ammontava a 4.332.069 abitanti, di cui 2.093.429 maschi (48,3%) e 2.238.640 femmine (51,7%).

In Piemonte la dinamica naturale della popolazione è dominata dal saldo negativo tra i nati e i morti, con un notevole eccesso dei secondi rispetto ai primi. Nel 2013 il numero di deceduti in Piemonte ha superato, come avviene ormai da un decennio, il numero dei nati, con un saldo naturale negativo che sarebbe ancora maggiore se non fossero intervenuti fenomeni migratori ad attenuarne il valore. Analogo fenomeno è rilevabile in Italia ma con percentuali minori sia per il saldo naturale sia per il saldo migratorio. Il saldo migratorio è dominato dalle iscrizioni nei registri anagrafici dall'estero ma con una riduzione del fenomeno rispetto al 2007 e con percentuali nel 2013 vicine alla media nazionale. Nel complesso, la percentuale di popolazione straniera regolare residente in Piemonte è aumentata nell'ultimo quinquennio, costituendo, nel 2013 oltre il 9% della popolazione (la media italiana è 8,1%), con un incremento del 65% tra 2007 e 2013, a fronte dell'incremento medio nazionale del 62% nello stesso periodo.

Il tasso di natalità, già basso e insufficiente a garantire il ricambio generazionale, al 2013 ha mostrato una lieve ulteriore riduzione rispetto al 2007, in linea con il dato nazionale; il numero medio di figli tra le donne italiane ha mostrato invece un lieve aumento (da 1,19 a 1,26), a fronte della lieve diminuzione del numero medio di figli delle donne straniere (da 2,43 a 2,32).



Dal 2007 al 2013 si è rilevato un aumento percentuale delle fasce di età più anziane, come testimoniato dall'aumento della popolazione superiore rispettivamente a 75 e 85 anni, maggiore della media nazionale. Viceversa l'indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione con oltre 64 anni e quella con meno di 15), aumentato in Piemonte solo di 1,8% rispetto al 2007 (mentre in Italia è aumentato, nello stesso periodo, di oltre 8%), non indica un'alterazione della struttura per età della popolazione. Dato comprovato dall'età media della popolazione, cresciuta meno in Piemonte (da 45,1 a 45,9 anni) rispetto all'Italia (da 42,9 a 44,2). L'andamento regionale è da porre in relazione all'immigrazione dall'estero di popolazione appartenente per lo più alle fasce di età giovane (<65 anni).

L'indice di ricambio, che stima il rapporto tra la fascia di popolazione, che sta per entrare nell'età pensionabile (55-64 anni) e la fascia di età che si affaccia al mondo del lavoro (15-24 anni), mostra un aumento del 1,2% rispetto al 2007, indice di un maggiore carico pensionistico che graverà sulle future generazioni, anche se inferiore alla media nazionale nello stesso periodo (+11,3%).

L'indice di dipendenza, che stima la capacità delle fasce di età economicamente attive (15-64 anni) a mantenere le età inattive (0-14 anni e  $\geq 65$  anni) è peggiorato, con aumento della popolazione inattiva e quindi del carico sociale, sia rispetto al dato regionale del 2007 (+7,1%), sia rispetto alla media nazionale (dove è aumentato del 4,8%).

L'invecchiamento della popolazione coinvolge anche la forza lavoro, cioè la popolazione tra i 15 e i 64 anni. Dal 2005 al 2013, l'età media della forza lavoro in Italia è aumentata di oltre 2 anni (da 39,2 a 41,4), ancora di più in Piemonte con un aumento di 2,5 anni, passando da 39,6 a 42 anni. Si tratta di un fattore che minaccia la *work ability* della forza lavoro e impone misure di adeguamento all'organizzazione del lavoro e alla mansione affinché non si abbiano ricadute negative sulla produttività e sulla salute. Questo fenomeno è ancora più accentuato tra gli occupati della sanità e del sociale; l'età media di questi lavoratori in Piemonte nel 2012 è di 44,8 anni (era 38,8 nel 2005), contro un valore medio nazionale di 44,5 (38,9 nel 2005).

Unica nota demografica positiva è costituita dal rapporto immigrazione/emigrazione positivo e dall'indice di immigrazione superiore all'indice di emigrazione, che al momento, oltre a controbilanciare in parte l'invecchiamento progressivo della popolazione, contribuisce a ridurre la necessità di fasce di età lavorative più consistenti delle attuali per garantire un bilancio equilibrato del carico sociale regionale futuro (pensionistico e sanitario).

### Caratteristiche sociali

Le condizioni socio-economiche degli individui costituiscono un importante predittore di salute: persone maggiormente istruite, con un lavoro ed un reddito stabile e in buone condizioni economiche hanno indicatori di salute più favorevoli di chi non possiede queste caratteristiche.

In Piemonte, come nel resto d'Italia cresce il livello di istruzione nella popolazione adulta: nel 2012 poco meno del 60% dei piemontesi tra i 25 e i 64 anni aveva conseguito almeno un titolo di studio di licenza media superiore.

Nello stesso periodo, però, il tasso di disoccupazione è più che raddoppiato passando, negli anni a cavallo della perdurante crisi economica, dal 4,2% al 9,2%, coinvolgendo in particolare la popolazione giovanile, il cui tasso di disoccupazione ha raggiunto il 32% (era il 14% nel 2007 prima dell'inizio della crisi). Seppur meno grave di quanto registrato a livello nazionale, dove i valori dei tassi di disoccupazione sono ancora più drammatici (rispettivamente 10,7% e 35,3%), la situazione piemontese è preoccupante perché l'esperienza di perdita del lavoro in una società meno abituata alla disoccupazione può avere conseguenze sulla salute più severe di quelle che si osservano nelle comunità dove la disoccupazione è un'esperienza comune.

Anche le condizioni economiche sono peggiorate: nel 2007 il 40% dei Piemontesi dichiarava come le proprie risorse economiche fossero insufficienti; nel 2012 questo valore ha raggiunto il 42%, meglio, comunque, della situazione italiana dove questo valore raggiunge il 47%. Riflessi positivi della crisi per la salute potrebbero essere la diminuzione del carico di infortuni conseguenti al minor numero di ore lavorate in tutte le attività economiche e il contenimento dei consumi insalubri per ragioni di costo, come tabacco e alcool; per la stessa ragione la pressione della crisi potrebbe aver influito sfavorevolmente sui consumi salubri costosi, come quelli legati all'esercizio fisico.

Nel quinquennio si osservano anche alcune ulteriori variazioni di indicatori sociali: aumenta la percentuale di occupati nel settore dei servizi a scapito dell'industria e dell'agricoltura a testimonianza di una mutazione del mondo del lavoro; muta anche la struttura della famiglia: aumentano le famiglie con un solo componente (i "single"), che rappresentano oramai un terzo delle famiglie piemontesi, mentre diminuisce leggermente la quota di anziani che vivono soli.

## Lo stato di salute

La speranza di vita alla nascita, cioè il numero di anni che un nuovo nato può “sperare” di vivere essendo nato in un dato anno e in un dato contesto, è internazionalmente riconosciuto come uno dei più importanti indicatori dello stato di salute di una popolazione dal momento che, a determinarne il valore, concorrono i diversi determinanti sociali, ambientali e sanitari che definiscono la salute di una popolazione.

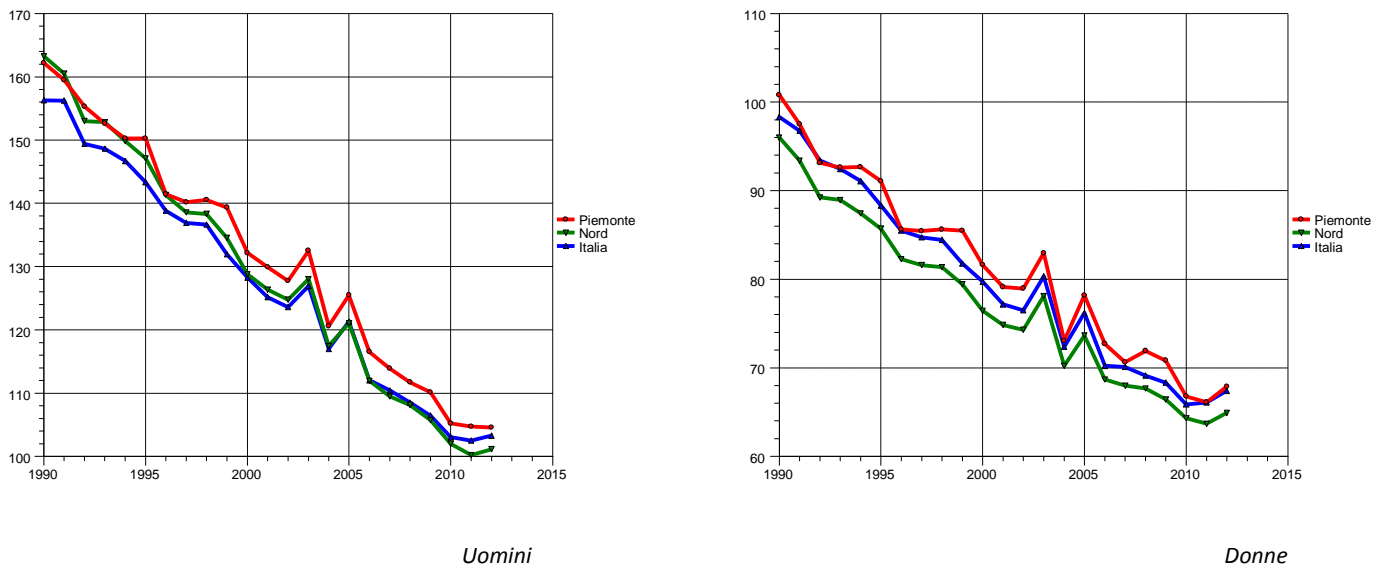
Come noto, l'Italia è uno dei Paesi al mondo con l'aspettativa di vita più elevata, sia per gli uomini sia per le donne e il Piemonte presenta valori identici a quelli della media nazionale. Nel 2013, un bambino nato in Piemonte poteva contare su un'attesa di vita di 79,7 anni, una bambina di 84,6 anni. Nello stesso anno, un uomo di 65 anni aveva un'aspettativa di vita di ulteriori 18,5 anni, una donna di 22. Inoltre, questi valori sono in costante miglioramento nel tempo: tra il 2007 e il 2013, cioè in soli 6 anni, gli uomini piemontesi hanno guadagnato oltre un anno di speranza di vita, le donne 0,7 anni. Questo diverso andamento nel tempo ha contribuito a ridurre il forte differenziale esistente tra uomini e donne, che, tuttavia, continua ad essere significativo: una donna piemontese, alla nascita, può contare su quasi 5 anni di speranza di vita in più rispetto a un uomo (erano poco meno di 6 nel 2007). Le ragioni di questo continuo miglioramento sono molteplici. L'ingresso nella fascia di età anziana di generazioni che hanno condiviso condizioni di vita migliori di quelle del passato e che portano con sé un capitale di salute più ricco spiega il guadagno nelle fasce di età più anziane. Per quanto riguarda la mortalità prematura, le spiegazioni sono legate alla diminuzione della mortalità infantile, che ha raggiunto in Italia, ma soprattutto in Piemonte, valori tra i più bassi al mondo e difficilmente comprimibili ulteriormente, alla riduzione nelle fasce più giovani della mortalità per incidenti stradali, per cause droga-correlate e per infortuni sul lavoro, cause che colpiscono prevalentemente il sesso maschile e spiegano quindi il maggiore incremento nella speranza di vita tra gli uomini rispetto alle donne. Va ancora ricordato, però, che, tra le regioni del Nord, il Piemonte mantiene, da molti anni, una situazione di svantaggio (la speranza di vita al Nord nel 2012 era di 79,9 anni per gli uomini e di 84,4 anni per le donne), lasciando quindi intravedere spazi di miglioramento per allinearsi alle regioni più virtuose.

Due indicatori da leggere accanto alla speranza di vita sono la “speranza di vita alla nascita in buona salute” e la “speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni”, che aggiungono al valore quantitativo del numero di anni che ci si attende di vivere, anche un valore sulla qualità degli anni vissuti. In entrambi i casi, il Piemonte conferma i risultati migliori della media nazionale. Alla nascita, gli uomini possono contare su oltre 61 anni in buona salute (meno di 60 in Italia), contro i quasi 58 delle donne (poco più di 57 in Italia); raggiunti i 65 anni, gli uomini possono contare su ulteriori 10,5 anni senza limitazioni funzionali (meno di 10 in Italia) e le donne su oltre 11 anni (9,4 anni in Italia). Siccome gli indicatori di speranza di vita in salute sono stimati sulla popolazione non istituzionalizzata che vive in casa, una parte di questo vantaggio geografico potrebbe essere spiegata dalla maggiore istituzionalizzazione degli anziani fragili in Piemonte rispetto alla media del Paese.

In sintesi, si potrebbe dire che i cittadini piemontesi hanno un'attesa di vita simile alla media italiana, ma di qualità probabilmente migliore e ulteriormente migliorabile se si raggiungessero gli standard di alcune altre regioni del Nord.

La speranza di vita è un indicatore che si muove parallelamente al tasso di mortalità. Il tasso di mortalità generale (standardizzato per età), infatti, è in costante riduzione pur con alcune variazioni in entrambi i sessi (di più negli uomini), tanto in Piemonte quanto in Italia.

Guardare alla mortalità per causa aiuta a spiegare le dinamiche della mortalità generale. L'importante contrazione nella mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (un fenomeno che prosegue ormai da decenni) spiega in larga misura la riduzione della mortalità generale; in Piemonte, tra il 2007 ed il 2012, per le malattie circolatorie il tasso standardizzato di mortalità (che annulla gli effetti della diversa composizione per età della popolazione nei due anni messi a confronto) si è ridotto di circa il 14,5% tra gli uomini e del 15% tra le donne. In considerazione del fatto che nello stesso periodo la riduzione del numero di decessi per queste cause è stata molto più contenuta (circa il 3% tra gli uomini e il 5% tra le donne) e che queste cause continuano a costituire un terzo del totale dei decessi (poco meno di 18.000 all'anno, di cui 1.100 prima dei 65 anni di età) si comprende come la riduzione nel tempo della mortalità cardiovascolare influenzi notevolmente la riduzione della mortalità generale e al tempo stesso costituisca un obiettivo importante per le politiche di prevenzione.



**Figura 1.** Tasso standardizzato di mortalità (x 10.000) 1990-2012. Fonte: Istat-Health for All Versione giugno 2014. [www.istat.it/it/archivio/14562](http://www.istat.it/it/archivio/14562)

Le malattie dell'apparato circolatorio, meritano un breve approfondimento per una peculiarità che interessa il Piemonte da molti anni. Questo gruppo di cause, come noto, rappresenta un insieme eterogeneo le cui componenti sono costituite per circa un terzo dalle malattie ischemiche del cuore, un terzo da malattie cerebrovascolari e un ultimo terzo da una miscelanea di condizioni. Le prime due componenti si caratterizzano per un comportamento epidemiologico opposto: pur confermando entrambe un trend temporale in riduzione, il confronto con il resto dell'Italia è completamente differente: mentre in Piemonte la mortalità per le malattie ischemiche del cuore è tra le più basse d'Italia, con un tasso standardizzato di mortalità di 11,9 x 10.000 tra gli uomini (13,3 in Italia) e 5,7 x 10.000 tra le donne (7,3 in Italia) il valore più basso in Italia, quella per malattie cerebrovascolari presenta una situazione opposta con valori tra i più alti del Paese (9,7 x 10.000 tra gli uomini piemontesi e 8,5 x 10.000 tra le donne, contro valori nazionali, rispettivamente, di 8,5 e 7,3). Ragioni legate a differenze di assistenza, ma anche a differenze nel controllo di fattori di rischio correlati all'insorgenza di disturbi dell'apparato circolatorio dell'encefalo (in particolare l'ipertensione arteriosa) potrebbero contribuire a spiegare questa diversità.

Il secondo grande gruppo di cause, che costituisce un ulteriore terzo dei decessi (15.000 all'anno), è rappresentato dalle neoplasie. La riduzione nei sei anni di osservazione del tasso standardizzato di mortalità è più ridotta di quanto osservato per le malattie dell'apparato circolatorio: meno 8,4% per gli uomini (in Italia 6,7%) e meno 3,3% per le donne (in Italia 2,8%) e il numero di decessi è leggermente aumentato. In entrambi i sessi la mortalità per tumore è più alta della media nazionale, ma simile alla media del Nord Italia. Anche in questo caso, il profilo epidemiologico della mortalità è fortemente influenzato dalle principali sedi tumorali colpite: il polmone per gli uomini e la mammella per le donne; in entrambi i casi, il Piemonte presenta valori più elevati della media nazionale, anche se in linea con quelli delle altre regioni settentrionali. È noto dai dati dei registri tumore che l'incidenza di tutti i tumori è sostanzialmente stabile nel periodo, con leggere variazioni nelle specifiche sedi (in aumento i tumori legati a pratiche di diagnosi precoce come prostata e mammella, in aumento i tumori legati a epidemie specifiche come quelli del polmone tra le donne (epidemia di fumo), in diminuzione quelli correlati al declino di epidemie precedenti come il polmone (da fumo) tra gli uomini. La diminuzione della mortalità a fronte della stabilità dell'incidenza testimonia del discreto successo del sistema di diagnosi e cura nella sopravvivenza.

Tra gli altri grandi gruppi di cause di morte le malattie dell'apparato respiratorio continuano a presentare un eccesso rispetto all'Italia sia tra gli uomini sia tra le donne, mentre non ci sono differenze di rilievo né per le malattie dell'apparato digerente, né per le cause accidentali; tutte queste cause di morte presentano un significativo miglioramento nel periodo considerato, con particolare intensità per le cause accidentali. In particolare, per quel che riguarda gli infortuni sul lavoro, il trend è in continuo calo con tassi regionali stabilmente al di sotto di quelli nazionali. Nel 2012, il più recente anno disponibile nei flussi Inail-Regioni, il tasso di infortuni gravi è del 14% inferiore rispetto al nazionale (3,78 vs 4,41 infortuni per 1000 addetti). In Piemonte anche il tasso

di infortuni calcolato nel comparto costruzioni è più basso (- 17%) di quello nazionale (6,26 vs 7,62 infortuni per 1000 addetti) e anche la quota di infortuni gravi sul totale di quelli accaduti in agricoltura è inferiore rispetto a quella italiana.

Infine, alcune aggregazioni di cause di morte correlate a esposizioni individuali quali fumo e alcool, mostrano una riduzione negli anni in osservazione (il fumo in particolare), ma senza che siano possibili confronti con i valori nazionali. Una diversa aggregazione di cause di morte evitabili (proposta dall'Atlante della mortalità evitabile 2007) per livelli di assistenza (anche in questo caso, gli indicatori non sono confrontabili con i valori nazionali e le aggregazioni di cause proposte non sono sovrapponibili con le patologie alcool e fumo correlate) mostra un miglioramento della mortalità per quelle cause aggredibili attraverso azioni di prevenzione primaria, ma solo per gli uomini. Questo non si verifica per le donne e neanche per cause di morte correlate alla prevenzione secondaria o ai trattamenti.

I risultati della recente indagine ISTAT sulla salute permettono anche il confronto di alcuni indicatori di salute riferita dai soggetti intervistati mediante questionario.

Sia gli uomini, sia le donne piemontesi dichiarano una minore presenza di malattie croniche rispetto alla media italiana; questa condizione favorevole rispetto al resto di Italia si accentua nella popolazione con più di 65 anni di età: "solo" il 44% degli uomini e il 35% delle donne in questa fascia di età dichiarano la presenza di almeno una malattia, contro, rispettivamente, il 48% e il 41%. In ogni caso, anche se in termini relativi si tratta di un valore positivo, il dato dà la misura del carico di malattia cronica della popolazione in fascia di età anziana.

Un altro aspetto positivo della salute dei Piemontesi riguarda la percezione del proprio stato di salute: poco meno del 5% degli uomini e il 6,4% delle donne alla domanda "come va la sua salute?" risponde "male o molto male". Le medie italiane sono superiori, rispettivamente di 6,2% e 8,4%. Dalle indagini ISTAT sulla salute è possibile qualche approfondimento nell'ambito della salute percepita attraverso tre indici: di salute fisica, salute psicologica e salute mentale (al crescere dell'indice corrisponde un livello più alto di salute). Nel caso dell'indice di salute fisica il Piemonte presenta valori superiori alla media nazionale e in miglioramento: tra gli uomini l'indice passa, dal 2005 al 2013, da 51,1 a 52,1 (in Italia da 50,6 a 51,5) e nelle donne da 49,9 a 50,6 (in Italia da 49,2 a 50). Meno favorevole, invece, l'indice di salute psicologica, che registra nello stesso periodo un leggero calo: negli uomini piemontesi, infatti, scende da 50,6 a 50,1 (in Italia da 50,8 a 50) e, nelle donne, da 48,1 a 47,8 (in Italia da 48,4 a 47,9). Ancora meno favorevole è l'andamento dell'indice di salute mentale che, tra gli uomini piemontesi passa da 74,3 a 72,6 (in Italia da 74,2 a 72,3) e, nelle donne, da 69,1 a 67,9 (in Italia da 69,5 a 68,3). Questi dati sembrano suggerire che se la crisi economica e sociale ed il disagio che ne consegue non si manifesta ancora in un peggioramento dello stato di salute percepito in generale e, tanto meno, della salute fisica delle persone, i suoi effetti negativi, invece, cominciano a manifestarsi a livello psicologico e di salute mentale, particolarmente sensibili ad eventi dolorosi quali le difficoltà economiche o la perdita del lavoro, in particolare tra gli uomini adulti. È importante ricordare che gli indicatori di mortalità e di salute autoriferita descritti sino adesso rappresentano una "media" di situazioni differenti all'interno del territorio regionale. Nel caso della mortalità, per esempio, le aree montane e, in generale, quelle più periferiche rispetto ai maggiori centri metropolitani presentano indicatori più sfavorevoli e sostanzialmente invariati negli ultimi anni.<sup>1</sup> Le mappe della mortalità generale riportate sotto (al netto delle differenze di età) mostrano come alcune aree del Piemonte (quelle più scure) abbiano eccessi di mortalità rispetto alla media regionale fino al 25%, mentre altre aree (quelle più chiare) abbiano un minore rischio, sempre rispetto alla media, di circa il 15%.

<sup>1</sup> Clerico G, Zanola R (a cura di). *La Sanità in Piemonte-Immaginare il futuro*. Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro". Giuffrè Editore. Milano, 2014.

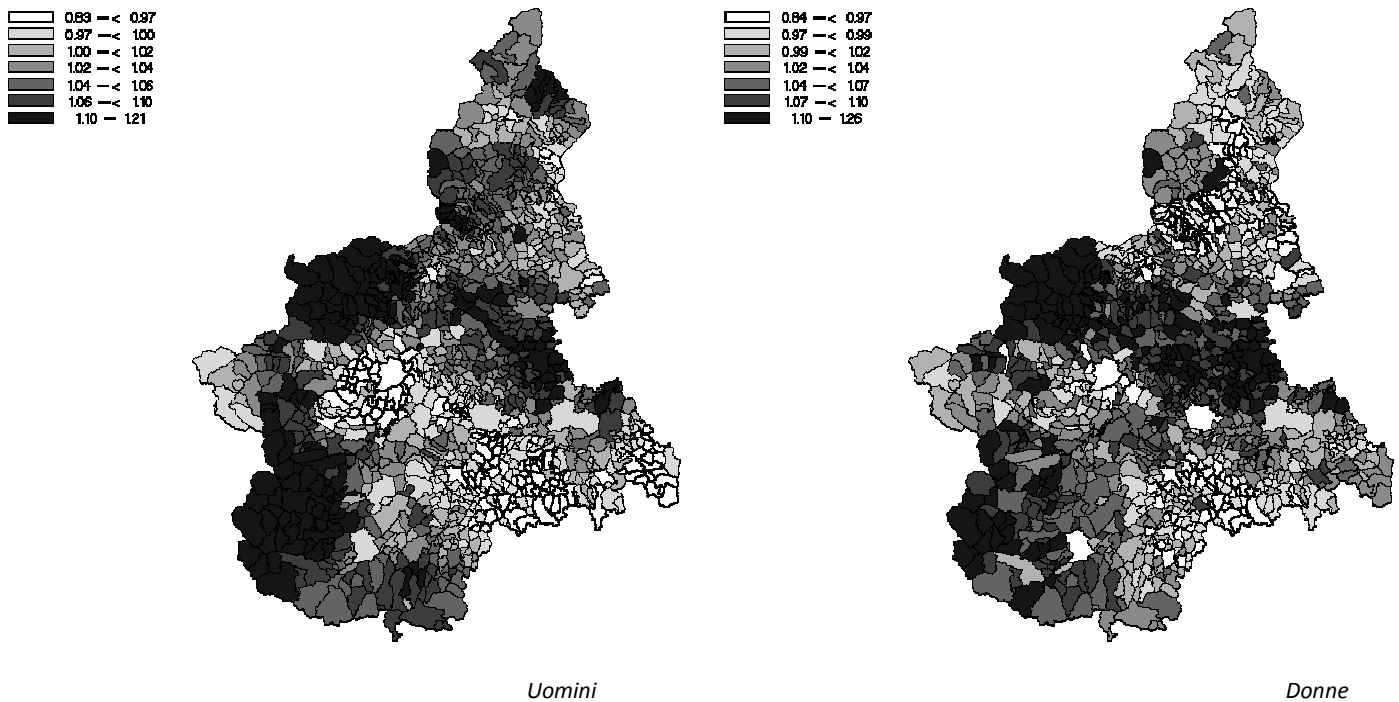


Figura 2. Rapporti standardizzati di mortalità per comune di residenza 2009-2011

Differenze altrettanto importanti riguardano la posizione sociale dei cittadini: tutti gli indicatori di salute considerati presentano valori più sfavorevoli a carico dei gruppi sociali più svantaggiati rispetto ai più avvantaggiati (per istruzione, reddito, classe sociale,...); differenze sociali che, spesso, si mantengono nel tempo.<sup>1,2</sup> Questi argomenti saranno ripresi all'interno dei macro-obiettivi specifici perché rilevanti per l'identificazione di obiettivi di prevenzione.

### Stili di vita<sup>3</sup>

Il **fumo di sigaretta** è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute tra gli uomini, ma le azioni di contrasto hanno già prodotto una diminuzione sia della mortalità per cause fumo correlate che della prevalenza del fattore di rischio in questo sesso; nella popolazione adulta (18-69 anni), in Piemonte, dal 2008 al 2013 la serie storica delle prevalenze mensili dei fumatori risulta in diminuzione significativa, con prevalenze annuali che passano dal 29% al 26%, mentre quelle degli ex fumatori scendono dal 21% al 18%.

A dimostrazione dell'efficacia delle azioni di prevenzione primaria, la maggior parte della popolazione adulta non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione risulta maggiore nelle generazioni più giovani. Per quanto riguarda l'abitudine tabagica degli adulti le differenze tra le ASL del Piemonte risultano contenute (range da 25% nella ASL TO3 a 29% nell'ASL NO).

La tutela delle persone dal fumo passivo, attraverso l'applicazione della Legge 3/2003, continua ad essere efficace: dal 2008 al 2013 in Piemonte sono in aumento sia le persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei locali pubblici (dal 93% al 96%), sia le persone che ritengono rispettato il divieto di fumare sul luogo di lavoro (dal 91% al 93%).

I risultati positivi delle azioni di contrasto al fumo di sigaretta in Piemonte sono maggiori rispetto al livello nazionale, soprattutto in termini di prevenzione primaria.

Rimangono da affrontare le forti disuguaglianze sociali nell'esposizione (la prevalenza di fumatori tra coloro con molte difficoltà economiche è quasi il doppio di coloro che non ne hanno, 40% vs 22%, PASSI 2010-2013) e anche nella capacità di smettere di fumare (tra le persone con molte difficoltà economiche c'è 1 ex fumatore circa ogni 3 fumatori, mentre tra quelle senza difficoltà economiche gli ex fumatori sono poco meno dei fumatori, PASSI 2010-2013) ed il monitoraggio dei comportamenti dei soggetti più giovani.

**L'assunzione di bevande alcoliche** è un elemento storico della cultura italiana e piemontese, regione con diffuse ed importanti aree di viticoltura; le persone che consumano bevande alcoliche, pur essendo in diminuzione,

<sup>2</sup> Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N (a cura di). *L'Equità nella Salute in Italia – secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Franco Angeli Editore. Milano, 2014.

<sup>3</sup> [www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica)

continuano ad essere la maggioranza degli adulti (nel 2013 in Piemonte il 55% della popolazione tra 18 e 69 anni). Il consumo di alcol procapite e la mortalità alcol-attribuibile dell'Italia sono tra i più bassi a livello europeo. Soprattutto nelle giovani generazioni si assiste, però, alla sostituzione del modello di consumo mediterraneo, basato sull'assunzione quotidiana e moderata di vino, con modelli di consumo alcolico basati su un consumo occasionale e al di fuori dei pasti, più vicini ai modelli nord europei, che registrano un rilevante impatto in termini di morbosità e mortalità alcol correlati. Tra le modalità di consumo di alcol a maggior rischio per la salute, l'assunzione abituale elevata di bevande alcoliche appare la meno diffusa: tra 18 e 69 anni di età in Piemonte nel 2013 risulta il 4,4% rispetto al doppio (8,8%) di persone che consumano alcol prevalentemente fuori pasto e all'8,3% di persone con consumo *binge*, ovvero persone che negli ultimi 30 giorni hanno consumato in una singola occasione almeno 5, se uomini, o almeno 4, se donne, Unità Alcoliche (UA). Le persone di questa età che presentano almeno uno di questi comportamenti a maggior rischio risultano in Piemonte complessivamente "solo" il 18%, corrispondenti a oltre mezzo milione di persone; la prevalenza osservata risulta superiore a quello nazionale, come in quasi tutte le regioni del Nord Italia. Tra le ASL del Piemonte si osservano differenze anche significative con un range che va dal 15% dell'ASL CN2 al 25% delle ASL NO e VCO, che si differenziano dalle altre per una maggiore prevalenza di bevitori prevalentemente fuori pasto e "binge". Va sottolineato che tra i 18 e 24 anni PASSI (2010-2013) stima che i bevitori a maggior rischio salgono al 50% tra gli uomini ed al 33% tra le donne: in pratica, indipendentemente dal sesso, oltre il 60% delle persone che assumono bevande alcoliche lo fa con modalità a maggior rischio. In termini assoluti le persone che consumano alcol con modalità a rischio risultano più di 230mila tra i 18 e 34 anni e meno di 160mila in ciascuna delle classi di età 35-40 e 50-69 anni. Dal 2010 al 2013 questo indicatore non mostra diminuzioni significative. Una nota positiva per le azioni di prevenzione effettuate in questo ambito viene dall'osservazione che, tra il 2008 ed il 2013 in Piemonte, come nel resto del Nord Italia, si osserva un calo delle persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol (nel 2013 poco meno di 1 persona su 10 in età adulta).

È nota da tempo la relazione tra l'**eccesso ponderale** (sovrappeso e obesità) e numerose situazioni di rischio e malattie croniche (es: ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari). Tra le persone adulte (18-69 anni) in Piemonte più di 1 persona su 3 è in eccesso ponderale, con una prevalenza di persone sovrappeso e di persone obese che risulta minore di quanto osservato a livello nazionale (nel 2013 rispettivamente 27% vs 31% e 8% vs 10%). Tra le ASL del Piemonte il range osservato complessivamente per l'eccesso ponderale nel periodo 2010-2013 va dal 32% dell'ASL CN1 al 41% dell'ASL TO4.

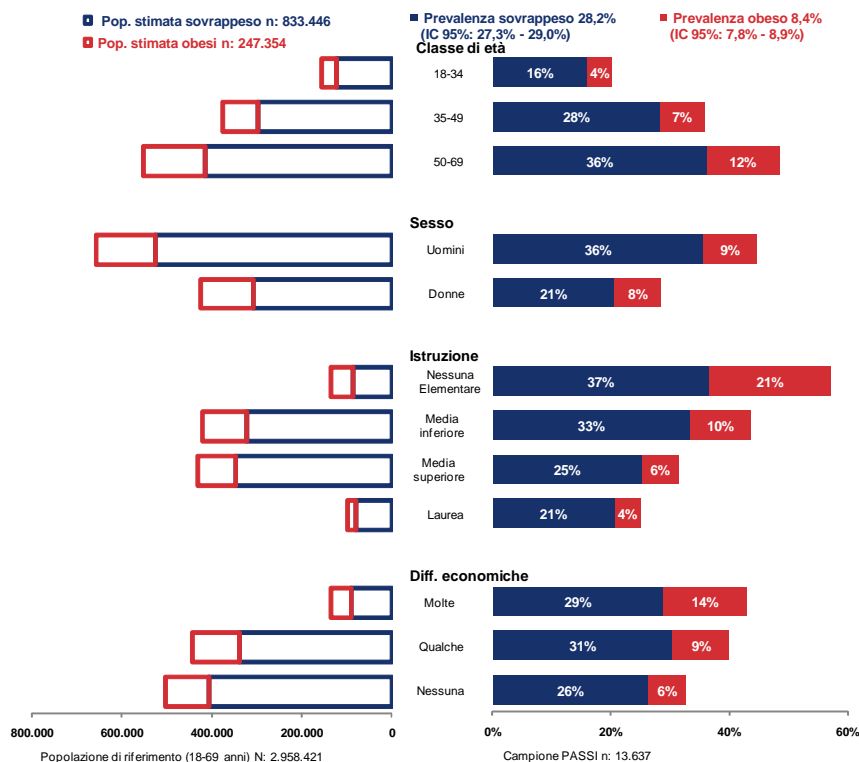


Figura 3. Eccesso ponderale.

La prevalenza di eccesso ponderale negli ultimi anni mostra variazioni non significative tra gli adulti e neppure tra i bambini (in 3° elementare nel 2012 in Piemonte sovrappeso 20,3%, obesità 8,0%).

La diffusione del sovrappeso mostra importanti differenze per età, genere e scolarità, quelle dell'obesità non sono particolarmente diverse per genere mentre triplicano passando dai 18-34 anni ai 50-69 anni (4% vs 14%), diventano 5 volte maggiori passando dai laureati alle persone con scolarità elementare (4% vs 21%) e raddoppiano tra coloro che non hanno difficoltà economiche e chi ne ha molte (6% vs 14%).

I risultati di Okkio alla salute danno evidenza di come la situazione nutrizionale non possa prescindere dalla situazione familiare e di come il percepito delle persone possa svolgere un ruolo determinante nel successo o nell'insuccesso degli interventi di prevenzione: tra le mamme dei bambini sovrappeso, quasi la metà ritiene che il peso del proprio figlio sia normopeso e circa 3 su 4 pensano che assuma una quantità corretta di cibo.

Un **regime alimentare ricco di frutta e verdura** rappresenta un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Complessivamente PASSI stima che tra i 18 e i 69 anni solo poco più di 1 persona su 10 (11%) assuma le 5 porzioni di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali, mentre quelle che ne assumono 3 o più arrivano ad essere più di 1 su 2 (54%). Questa prevalenza, superiore a quella osservata a livello di Pool nazionale, cambia soprattutto in relazione al genere (è minore tra gli uomini) e all'età (18-34 anni: 45%; 50-69 anni: 64%). Anche tra le ASL del Piemonte si osservano differenze di prevalenza del consumo di 3 dosi di frutta e/o verdura (range dal 41% dell'ASL VCO al 66% dell'ASL AT).

La popolazione adulta (18 e 69 anni) si divide in maniera complessivamente equivalente tra sedentari (30%), persone che fanno **attività fisica** in quantità inferiore a quanto richiesto dagli standard internazionali (37%) e le persone attive che fanno attività fisica secondo gli standard internazionali (33%). La distribuzione di queste categorie, non significativamente differente tra Piemonte e Pool nazionale, non mostra cambiamenti significativi tra il 2008 ed il 2013. Differenze significative si osservano tra le ASL: i sedentari variano dal 17% nell'ASL BI al 43% nell'ASL TO5. In Piemonte sono meno diffusi tra i laureati (21%) e tra le persone senza difficoltà economiche (26%) mentre risultano più diffusi tra le persone con scolarità bassa (35%) o con molte difficoltà economiche (35%). Probabilmente per lo svolgimento di attività lavorative che richiedono un rilevante impegno fisico, in questi ultimi sottogruppi risultano peraltro particolarmente frequenti anche le persone fisicamente attive (36% tra le persone con scolarità bassa e 39% tra quelle con molte difficoltà economiche).

Risulta stazionaria anche la prevalenza di persone con 3 anni o più che non praticano sport, ma con un valore decisamente inferiore in Piemonte rispetto a quello osservato in Italia (30% vs 39%).

## I fattori di rischio bersaglio del PRP e le disuguaglianze sociali

Nella scelta delle priorità da includere nel PRP è già stata utilizzata la prevalenza dei fattori di rischio prevenibili che maggiormente contribuiscono a spiegare il carico di malattia o il capitale di salute in una comunità. Tuttavia accanto a questa dimensione il piano richiede di considerarne una seconda, la presenza o meno di disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio, sotto la considerazione che l'impatto degli interventi può variare in base alla capacità di destinare le risorse di prevenzione in proporzione alla maggiore diffusione dei fattori di rischio tra i gruppi sociali più vulnerabili e al fatto che, parallelamente, gruppi sociali differenti possono richiedere approcci di prevenzione differenti. Per questo scopo il profilo di salute si conclude valutando il contributo delle disuguaglianze sociali nell'esposizione della collettività ad ogni fattore di rischio potenziale bersaglio del piano, in termini quota di esposti che sarebbe evitabile se fossero eliminate le disuguaglianze per livello di istruzione

I successivi grafici riportano la prevalenza (asse delle ascisse) e la frazione attribuibile alle disuguaglianze sociali (misurata in termini di livello di istruzione e riportata sull'asse delle ordinate) relative a 33 fattori di rischio bersaglio del Piano nazionale di prevenzione (suddivisi in categorie differenti sulla base dei macroobiettivi di riferimento) per i quali sono disponibili nelle fonti informative alcuni indicatori che fungano da *proxi* del loro andamento<sup>4</sup>. I dati, stratificati per genere e aggiustati per età, mostrano i valori negativi associati ad ogni fattore di rischio. Per esempio, la prevalenza del 55,7% dell'indicatore "carni" che poco più di 1 maschio piemontese ogni 2 ha un consumo errato di carne; parallelamente una frazione attribuibile del 4,5% significa che si potrebbe ridurre di tale quota il numero di abitanti con un apporto proteico carnivoro scorretto se si eliminassero le disuguaglianze (cioè se tutti adottassero gli schemi alimentari dei più istruiti). Gli indicatori per i quali si osserva

<sup>4</sup> I dati sono validi per la popolazione piemontese di età superiore ai 20 anni e sono stati rielaborati dal servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 a partire da fonti varie tra cui le Indagini multiscopo Istat "Aspetti di vita quotidiana" (pool anni 2009-2012), "Salute" (2013) e "Forza di lavoro" (2007), le indagini Passi (pool anni 2008-2013), l'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare (pool anni 2008-2012) e il Sistema Piemonte informatizzazione dipendenze (2013).

una frazione negativa presentano un gradiente sociale inverso nella popolazione: sono cioè i gruppi sociali più avvantaggiati ad aver adottato comportamenti o esposizioni più malsane. I grafici permettono di osservare come in Piemonte sia nella popolazione maschile sia in quella femminile gli indicatori con disuguaglianze sociali più marcate non siano quelli con una prevalenza maggiore in tutta la popolazione.

Tra gli uomini, a problemi con diffusione superiore al 30% – come ad esempio l’inattività fisica, l’eccesso di carni e l’insufficienza di frutta e verdura nella dieta, il fumo e il consumo abituale di alcol – corrispondono disuguaglianze sociali a carico dei meno istruiti di entità media, che spiegano fino al 20% di quella prevalenza. Altri stili di vita scorretti, come ad esempio l’apporto eccessivo di grassi o il tabagismo superiore alle 15 sigarette giornaliere, o fattori di rischio di natura diversa, come le esposizioni a rischi professionali e l’alcol, hanno invece una prevalenza inferiore ma essa sarebbe spiegata in buona parte dalle condizioni dei cittadini più svantaggiati. Il risultato sembra ovvio nel caso dei rischi professionali per i quali le maggiori esposizioni a polveri, rumori, cattive posizioni ergonomiche e al rischio di infortuni sono a carico dei lavoratori manuali che solitamente sono meno istruiti, e che quindi per il 70% sono attribuibili alle differenze sociali. Infine un ulteriore gruppo di fattori di rischio presenta invece un’importanza minore per diffusione nella popolazione generale (inferiore al 10%), ma spesso l’impatto delle disuguaglianze è molto elevato, come ad esempio il vivere in case insicure e quindi essere a rischio di infortuni domestici o l’aver guidato a meno di un’ora dall’ultima assunzione di bevande alcoliche nell’ultimo mese<sup>5</sup>.

Tra le donne si osserva un andamento simile, con le disuguaglianze che tendono a variare maggiormente quando i fattori di rischio hanno una prevalenza minore, mentre per le esposizioni più frequenti (che includono la sedentarietà e alcuni abitudini alimentari scorrette, oltre al non allattamento e alla copertura ancora non universale dei principali screening di popolazione) le disuguaglianze hanno un valore inferiore ma pur sempre intorno al 15-20%. Anche tra le donne le esposizioni professionali rappresentano la categoria di fattori di rischio maggiormente a carico, nel loro complesso, della popolazione svantaggiata, seppur in misura minore rispetto a quanto avviene tra gli uomini. Da segnalare, ancor più che nella popolazione maschile, l’importanza, in tema di disuguaglianze, dell’obesità e del consumo scorretto di grassi, spiegato rispettivamente per il 50% e il 35% dagli eccessi tra i gruppi meno istruiti. Un gradiente inverso si riscontra, come tra gli uomini, nella guida in stato di ebbrezza, nel numero di ore lavorate e nell’esposizione a discriminazioni in ambito lavorativo, e inoltre anche nel consumo abituale di alcol.

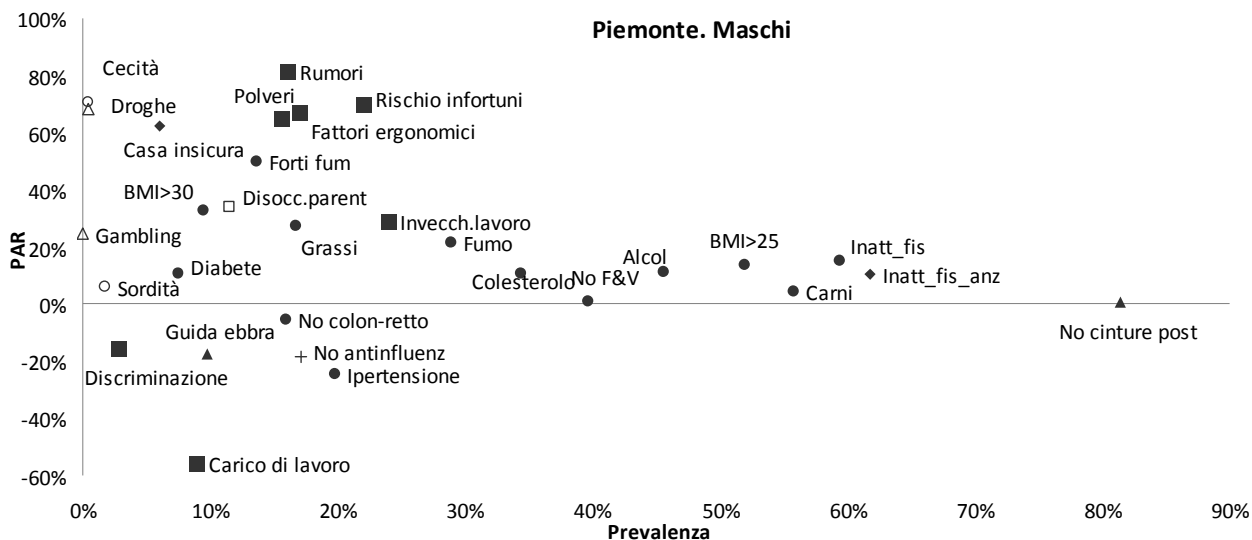


Figura 4. Disuguaglianze sociali nell’esposizione ai fattori di rischio maschile

<sup>5</sup> Ovviamente considerazioni di questo tipo non dovrebbero trascurare il fatto che anche prevalenze basse possono scaturire effetti nocivi sulla salute, anche peggiori di quelli causati da fattori di rischio con diffusione più ampia nella popolazione e che quindi il ranking delle priorità potrebbe variare una volta incluso il criterio delle “conseguenze sulla salute” derivante da una determinata esposizione.



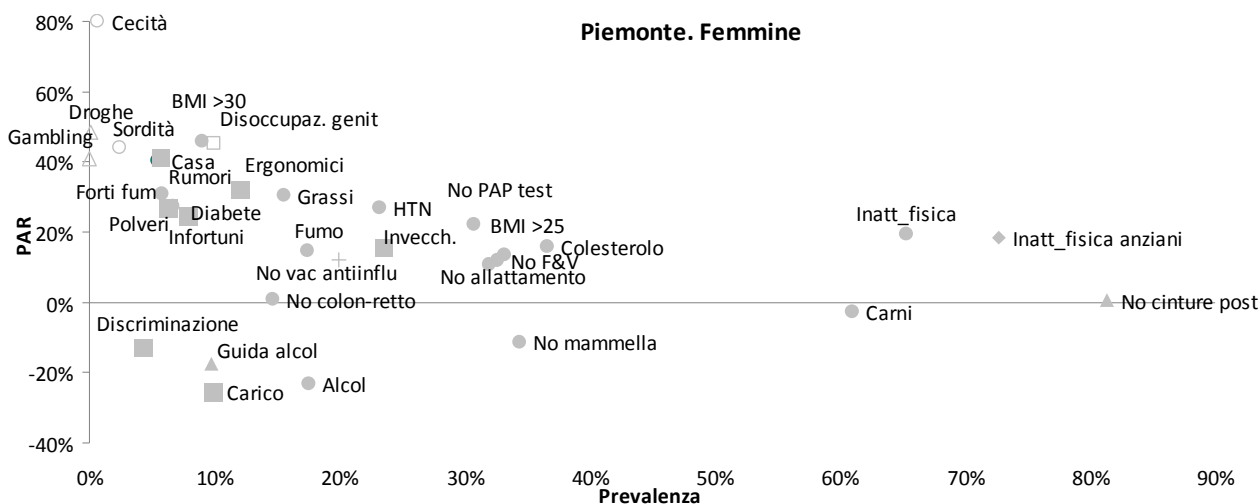


Figura 5. Disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio femminile

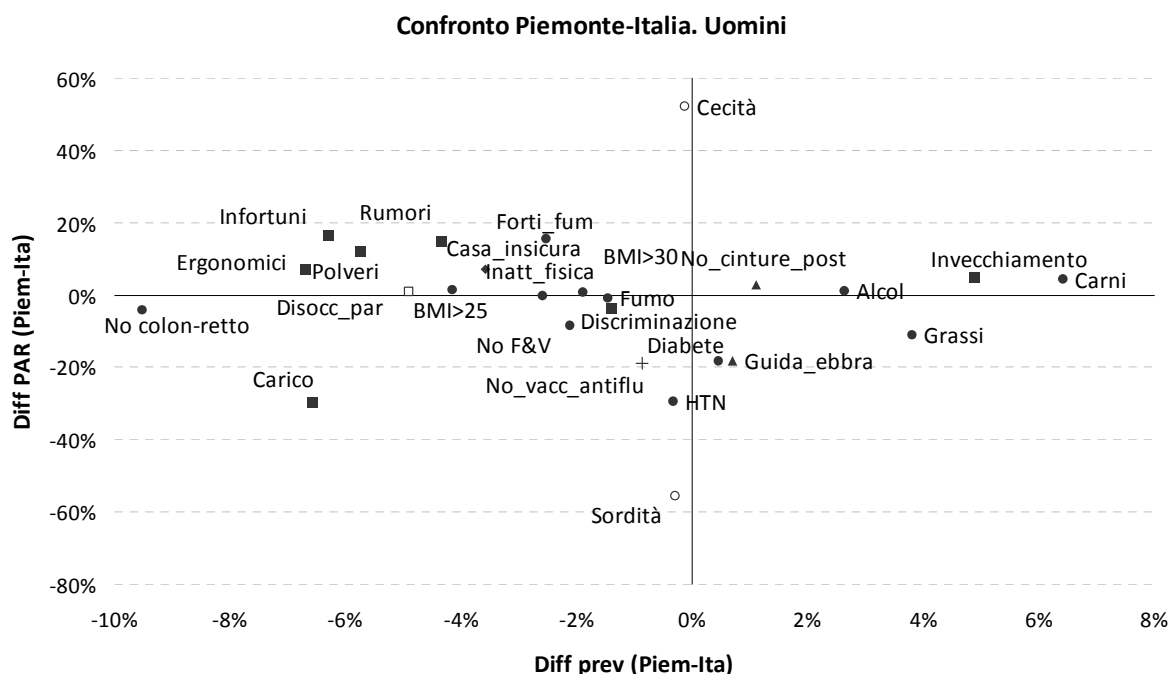


Figura 6. Esposizione ai fattori di rischio. Confronto Piemonte-Italia (uomini)

Nel complesso, rispetto al resto d'Italia, la popolazione piemontese risulta meno esposta alla maggioranza dei fattori di rischio considerati: eccessi considerevoli interessano unicamente il consumo eccessivo di carni e di grassi e di bevande alcoliche, mentre risultano essere minori che in altre Regioni il mancato ricorso agli screening diagnostici e le esposizioni ai rischi professionali. Queste ultime tuttavia presentano, in particolare tra gli uomini, un profilo maggiormente a carico dei meno istruiti. Disuguaglianze minori a quanto registrato nel resto d'Italia si hanno invece nella prevalenza di diabete, nel consumo di frutta e verdura e tra le donne nel mancato accesso agli screening mammografici.

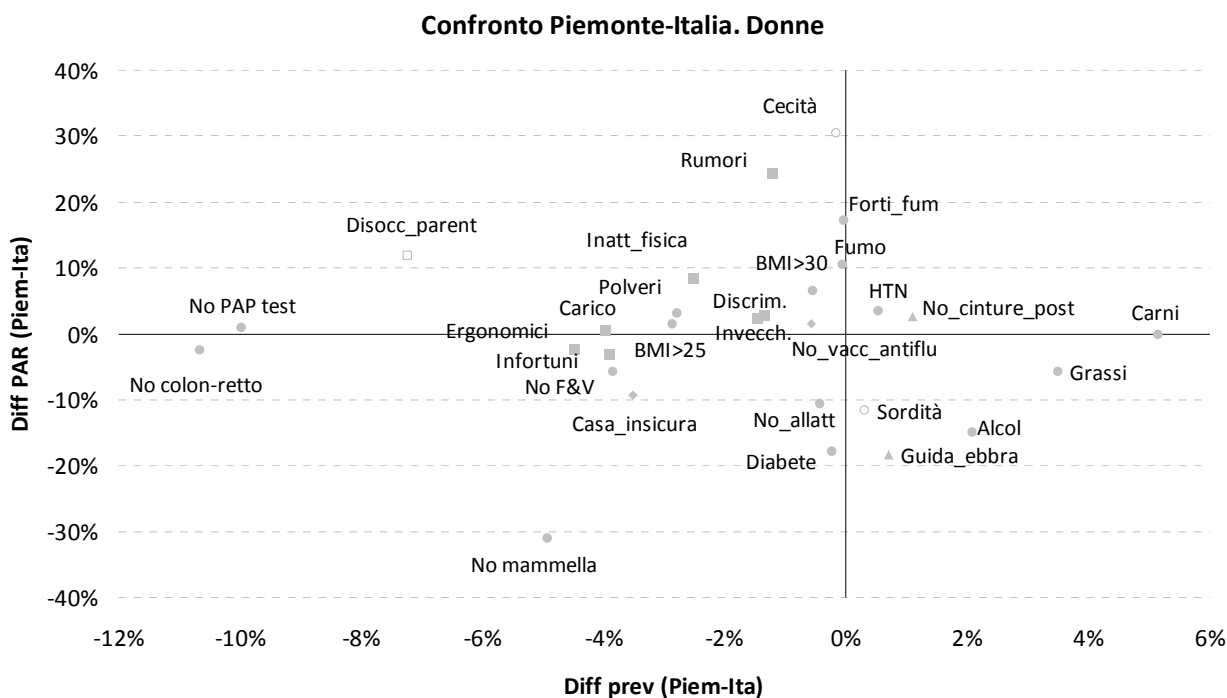


Figura 7. Esposizione ai fattori di rischio. Confronto Piemonte-Italia (donne)

Per comprendere con più chiarezza quali siano i fattori di rischio verso i quali converrebbe in misura maggiore orientare gli interventi di prevenzione di contrasto alle disuguaglianze, in termini di benefici di salute potenzialmente guadagnabili, occorre utilizzare come indicatore l’impatto, cioè la percentuale di riduzione della prevalenza di un fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le differenze sociali nell’esposizione al medesimo. Rispetto alla frazione attribuibile (che dipende unicamente dalla ampiezza delle differenti esposizioni associate alle diverse categorie del titolo di studio e dalla distribuzione specifica del titolo di studio nella popolazione) esso tiene dunque in considerazione anche il livello generale della prevalenza di un fattore di rischio. Disuguaglianze di entità simile nell’esposizione ad un fattore di rischio possono infatti coesistere con livelli differenti di prevalenza e laddove la prevalenza è maggiore anche l’impatto sarà più grande. Parimenti a livelli di prevalenza complessivi simili possono corrispondere frazioni attribuibili differenti: l’impatto sarà maggiore laddove le disuguaglianze nell’esposizione saranno più ampie. Infine, un ultimo aspetto da considerare in modo da garantire la comparabilità tra fattori di rischio differenti riguarda il riporto all’intera popolazione dei valori riportati dai singoli indicatori. Alcuni di essi infatti sono stati calcolati su sottogruppi particolari della popolazione (come ad esempio le esposizioni ai rischi professionali che sono stati conteggiate unicamente sui cittadini attivi con età compresa tra i 15 e i 64 anni) e le stime sui potenziali impatti richiedono dunque di essere riconteggiate sul totale dei piemontesi.

Come osservabile dal grafico successivo, che include le osservazioni sopra citate, i maggiori guadagni di salute potrebbero avvenire in entrambi i generi attraverso l’eliminazione (o la riduzione) delle disuguaglianze nei livelli di attività fisica, nelle condizioni di sovrappeso e nel consumo eccessivo di grassi. Tra i maschi inoltre livelli simili di beneficio (compresi tra il 6% e il 9%) si avrebbero promuovendo l’equità nelle esposizioni ai rischi professionali, nel consumo di alcol e di tabacco, mentre tra le donne interventi più promettenti sembrerebbero, oltre a quelli già citati, orientati a contrastare le disuguaglianze nel consumo di frutta e verdura.

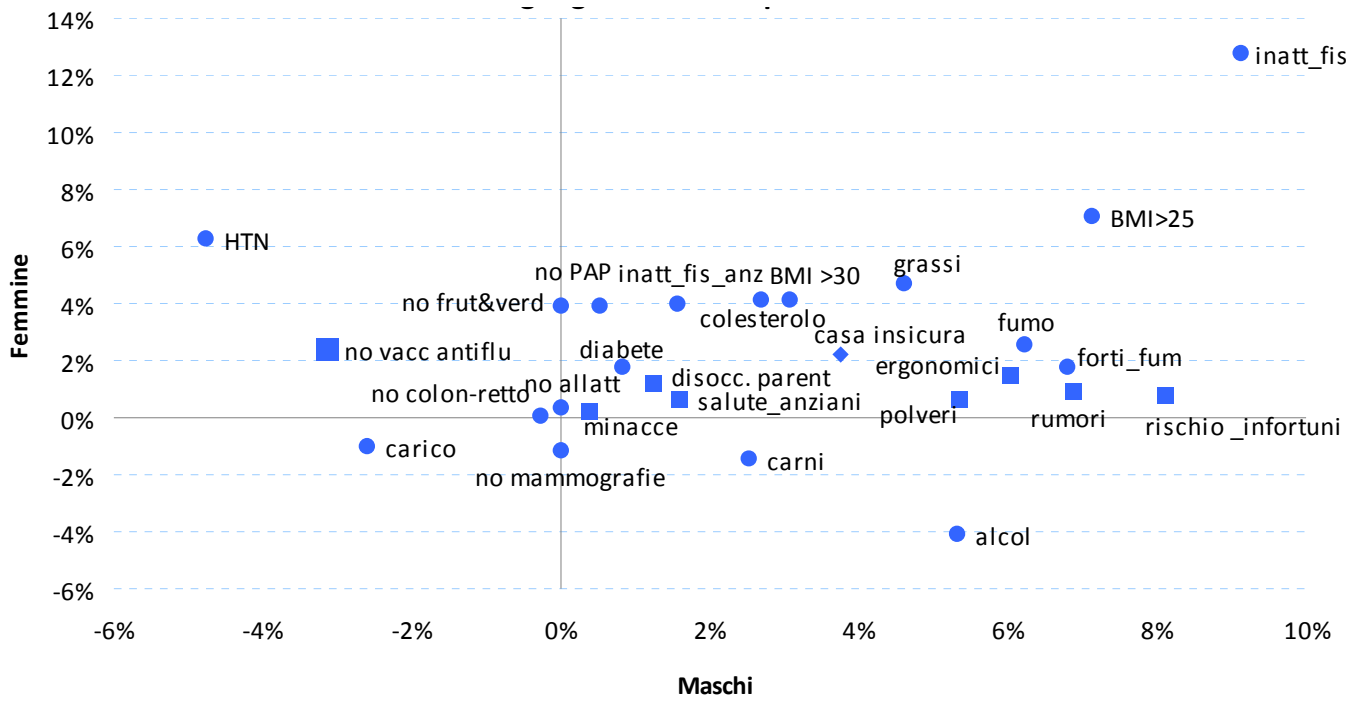


Figura 8. Riduzione % del numero di esposti (sul totale della popolazione) derivante dall'eliminazione delle disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio

## Struttura, salute e bisogni della popolazione piemontese

|   | Piemonte  |                  | Italia     |                   |
|---|-----------|------------------|------------|-------------------|
|   | 2007      | 2013             | 2007       | 2013              |
| <b>Demografia</b>   |           |                  |            |                   |
| <b>Struttura demografica</b>                                |           |                  |            |                   |
| Abitanti <sup>1</sup>                                       | 4.332.069 | <b>4.436.798</b> | 58.652.875 | <b>60.782.668</b> |
| Età media <sup>1</sup>                                      | 45,1      | <b>45,9</b>      | 42,9       | <b>44,2</b>       |
| Popolazione ≥ 65 anni (x 100) <sup>1</sup>                  | 22,9      | <b>24,1</b>      | 20,1       | <b>21,4</b>       |
| Popolazione ≥ 75 anni (x 100) <sup>1</sup>                  | 10,8      | <b>12,3</b>      | 9,6        | <b>10,7</b>       |
| Popolazione ≥ 85 anni (x 100) <sup>1</sup>                  | 2,6       | <b>3,4</b>       | 2,3        | <b>3,1</b>        |
| Indice di vecchiaia (x 100) <sup>1</sup>                    | 182,4     | <b>185,7</b>     | 142,3      | <b>154,1</b>      |
| Indice di dipendenza (x 100) <sup>1</sup>                   | 54,9      | <b>58,8</b>      | 52,0       | <b>54,6</b>       |
| Indice di ricambio (x 100) <sup>2</sup>                     | 148,3     | <b>150,1</b>     | 113,8      | <b>126,7</b>      |
| Età media forza lavoro (2005-2012) <sup>a</sup>             | 39,6      | <b>42,0</b>      | 39,2       | <b>41,4</b>       |
| <b>Fecondità</b>  |           |                  |            |                   |
| Indice di fecondità (x 1.000 donne 15-49 anni) <sup>3</sup> | 39,4      | <b>37,8</b>      | 39,8       | <b>37,5</b>       |
| Numero medio figli per donna <sup>1</sup>                   | 1,37      | <b>1,42</b>      | 1,40       | <b>1,39</b>       |
| Numero medio figli donne italiane <sup>2</sup>              | 1,19      | <b>1,26</b>      | 1,28       | <b>1,29</b>       |
| Numero medio figli donne straniere <sup>2</sup>             | 2,43      | <b>2,32</b>      | 2,40       | <b>2,37</b>       |
| <b>Dinamica di popolazione</b>                              |           |                  |            |                   |
| Numero di nati <sup>3</sup>                                 | 38.580    | <b>35.654</b>    | 564.365    | <b>514.308</b>    |
| Numero di deceduti <sup>3</sup>                             | 47.943    | <b>50.077</b>    | 572.881    | <b>600.744</b>    |
| Tasso di natalità (x 1.000) <sup>1</sup>                    | 9,0       | <b>8,1</b>       | 9,7        | <b>8,5</b>        |
| Tasso di mortalità (x 1.000) <sup>1</sup>                   | 11,0      | <b>111,4</b>     | 9,8        | <b>10,0</b>       |
| Saldo migratorio totale (x 1.000) <sup>2</sup>              | + 12,9    | <b>+ 17,5</b>    | + 7,5      | <b>+ 19,7</b>     |
| Saldo migratorio con estero (x 1.000) <sup>2</sup>          | + 12,5    | <b>+ 2,5</b>     | + 7,5      | <b>+ 3,0</b>      |
| Stranieri residenti (x 100) <sup>1</sup>                    | 5,8       | <b>9,6</b>       | 5,0        | <b>8,1</b>        |

<sup>a</sup> Elaborazione Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat Indagini sulla salute 2005 e 2012.

---

**Caratteristiche sociali**


---

|   |      |             |      |             |
|---|------|-------------|------|-------------|
| Persone con almeno la licenza media superiore 25-64 anni (x 100) <sup>4</sup> | 53,6 | <b>57,8</b> | 52,3 | <b>57,2</b> |
| Tasso di disoccupazione (x 100) <sup>5</sup>                                  | 4,2  | <b>9,2</b>  | 6,1  | <b>10,7</b> |
| Tasso di disoccupazione giovanile (x 100) <sup>5</sup>                        | 14,3 | <b>31,9</b> | 20,3 | <b>35,3</b> |
| Giudizio sulle risorse economiche:<br>assolutamente insufficienti o scarse    | 40,0 | <b>41,9</b> | 43,7 | <b>47,1</b> |
| Densità abitativa (per 100 m <sup>2</sup> ) <sup>6</sup>                      | 2,5  | <b>2,3</b>  | 2,7  | <b>2,4</b>  |
| Famiglie monocomponente (x 100) <sup>3</sup>                                  | 30,3 | <b>32,8</b> | 26,3 | <b>30,2</b> |
| Popolazione ≥ 65 anni che vive sola (x 100) <sup>3</sup>                      | 30,5 | <b>30,7</b> | 27,1 | <b>29,5</b> |
| Occupati agricoltura (x 100) <sup>5</sup>                                     | 3,5  | <b>3,0</b>  | 4,0  | <b>3,7</b>  |
| Occupati servizi (x 100) <sup>5</sup>   | 61,1 | <b>63,7</b> | 65,9 | <b>68,5</b> |
| Occupati industria (x 100) <sup>5</sup>                                       | 35,4 | <b>33,3</b> | 30,2 | <b>27,8</b> |

---

**Indicatori generali stato di salute**


---

|  |                   |                         |                   |                         |
|--|-------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|
| Tasso di mortalità infantile (per 10.000 nati vivi) (anno 2012) <sup>3</sup>               | 28,0              | <b>23,2</b>             | 33,4              | <b>32,0</b>             |
| Speranza di vita alla nascita: uomini <sup>1</sup>   | 78,4              | <b>79,7</b>             | 78,6              | <b>79,8</b>             |
| Speranza di vita alla nascita: donne <sup>1</sup>  | 83,9              | <b>84,6</b>             | 83,9              | <b>84,6</b>             |
| Speranza di vita a 65 anni: uomini <sup>1</sup>  | 17,6              | <b>18,5</b>             | 17,8              | <b>18,6</b>             |
| Speranza di vita a 65 anni: donne <sup>1</sup>   | 21,5              | <b>22,0</b>             | 21,4              | <b>22,0</b>             |
| Speranza di vita in buona salute alla nascita uomini <sup>4</sup>                          | 58,3 <sup>b</sup> | <b>61,3<sup>c</sup></b> | 57,7 <sup>b</sup> | <b>59,8<sup>c</sup></b> |
| Speranza di vita in buona salute alla nascita donne <sup>4</sup>                           | 55,3 <sup>c</sup> | <b>57,8<sup>b</sup></b> | 55,1 <sup>c</sup> | <b>57,3<sup>b</sup></b> |
| Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni uomini <sup>4</sup> | 10,2 <sup>d</sup> | <b>10,5<sup>c</sup></b> | 9,0 <sup>d</sup>  | <b>9,9<sup>c</sup></b>  |
| Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni donne <sup>4</sup>  | 11,3 <sup>d</sup> | <b>11,2<sup>c</sup></b> | 8,9 <sup>d</sup>  | <b>9,4<sup>c</sup></b>  |

---

<sup>b</sup> Anno 2009.

<sup>c</sup> Anno 2012.

<sup>d</sup> Anno 2008.

|   |                   |             |                   |             |
|---|-------------------|-------------|-------------------|-------------|
| Giudizio negativo sul proprio stato di salute (x 100 std) uomini > 14 anni <sup>7</sup> | 5,3 <sup>e</sup>  | <b>4,8</b>  | 6,3 <sup>e</sup>  | <b>6,2</b>  |
| Giudizio negativo sul proprio stato di salute (x 100 std) donne > 14 anni <sup>7</sup>  | 7,0 <sup>e</sup>  | <b>6,4</b>  | 8,4 <sup>e</sup>  | <b>8,4</b>  |
| Persone con almeno una malattia cronica (x 100 std) uomini <sup>7</sup>                 | 13,7 <sup>e</sup> | <b>13,9</b> | 15,9 <sup>e</sup> | <b>15,9</b> |
| Persone con almeno una malattia cronica (x 100 std) donne <sup>7</sup>                  | 11,4 <sup>e</sup> | <b>12,6</b> | 13,1 <sup>e</sup> | <b>13,7</b> |
| Persone con almeno una malattia cronica ≥ 65 anni (x 100 std) uomini <sup>7</sup>       | 42,9 <sup>e</sup> | <b>43,8</b> | 47,8 <sup>e</sup> | <b>48,3</b> |
| Persone con almeno una malattia cronica ≥ 65 anni (x 100 std) donne <sup>7</sup>        | 33,6 <sup>e</sup> | <b>35,1</b> | 39,8 <sup>e</sup> | <b>41,1</b> |
| Indice di salute fisica uomini (2005-2013) <sup>a</sup>                                 | 51,1              | <b>52,1</b> | 50,6              | <b>51,5</b> |
| Indice di salute fisica donne (2005-2013) <sup>a</sup>                                  | 49,9              | <b>50,6</b> | 49,2              | <b>50,0</b> |
| Indice di salute psicologica uomini (2005-2013) <sup>a</sup>                            | 50,6              | <b>50,1</b> | 50,8              | <b>50,0</b> |
| Indice di salute psicologica donne (2005-2013) <sup>a</sup>                             | 48,1              | <b>47,8</b> | 48,4              | <b>47,9</b> |
| Indice di salute mentale uomini (2005-2013) <sup>a</sup>                                | 74,3              | <b>72,6</b> | 74,2              | <b>72,3</b> |
| Indice di salute mentale donne (2005-2013) <sup>a</sup>                                 | 69,1              | <b>67,9</b> | 69,5              | <b>68,3</b> |

### Tassi standardizzati di mortalità per 10.000

#### Uomini

|   |       |              |       |              |
|---|-------|--------------|-------|--------------|
| Tutte le cause (anno 2012) <sup>3</sup>                             | 113,9 | <b>104,6</b> | 110,4 | <b>103,3</b> |
| Malattie infettive (anno 2012) <sup>3</sup>                         | 1,77  | <b>2,49</b>  | 1,54  | <b>2,10</b>  |
| Tumori (anno 2012) <sup>3</sup>                                     | 38,27 | <b>35,04</b> | 36,80 | <b>34,31</b> |
| M. sistema circolatorio (anno 2012) <sup>3</sup>                    | 40,83 | <b>34,82</b> | 39,80 | <b>35,30</b> |
| M. apparato respiratorio (anno 2012) <sup>3</sup>                   | 9,70  | <b>9,25</b>  | 8,91  | <b>8,44</b>  |
| M. apparato digerente (anno 2012) <sup>3</sup>                      | 4,40  | <b>4,08</b>  | 4,40  | <b>3,95</b>  |
| Cause accidentali (anno 2012) <sup>3</sup>                          | 5,72  | <b>4,77</b>  | 5,29  | <b>4,67</b>  |
| Cause fumo-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>                       | 20,3  | <b>18,8</b>  | f     | f            |
| Cause alcool-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>                     | 2,7   | <b>2,5</b>   | f     | f            |
| Cause evitabili con prevenzione primaria (anno 2011) <sup>9</sup>   | 14,7  | <b>13,5</b>  | f     | f            |
| Cause evitabili con prevenzione secondaria (anno 2011) <sup>9</sup> | 2,3   | <b>2,2</b>   | f     | f            |
| Cause evitabili con trattamenti (anno 2011) <sup>9</sup>            | 6,1   | <b>5,9</b>   | e     | e            |

<sup>e</sup> Anno 2005.

<sup>f</sup> Aggregazione di cause di morte non disponibile per il livello nazionale.

**Donne**

|   |             |              |             |              |
|---|-------------|--------------|-------------|--------------|
| Tutte le cause (anno 2012) <sup>3</sup>   | 70,6        | <b>67,9</b>  | 70,1        | <b>67,4</b>  |
| Malattie infettive (anno 2012) <sup>3</sup>   | 1,01        | <b>1,82</b>  | 0,94        | <b>1,40</b>  |
| Tumori (anno 2012) <sup>3</sup>   | 20,43       | <b>19,76</b> | 19,62       | <b>19,07</b> |
| M. sistema circolatorio (anno 2012) <sup>3</sup>  | 28,37       | <b>24,78</b> | 28,93       | <b>25,66</b> |
| M. apparato respiratorio (anno 2012) <sup>3</sup>   | 4,25        | <b>4,50</b>  | 3,78        | <b>3,95</b>  |
| M. apparato digerente (anno 2012) <sup>3</sup>  | 3,12        | <b>2,59</b>  | 2,84        | <b>2,57</b>  |
| Cause accidentali (anno 2012) <sup>3</sup>  | 2,25        | <b>1,99</b>  | 2,27        | <b>2,16</b>  |
| Cause fumo-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>   | 5,7         | <b>5,2</b>   | f           | f            |
| Cause alcool-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>   | 1,0         | <b>0,9</b>   | f           | f            |
| Cause evitabili con prevenzione primaria (anno 2011) <sup>9</sup>                               | 3,9         | <b>3,7</b>   | f           | f            |
| Cause evitabili con prevenzione secondaria (anno 2011) <sup>9</sup>                             | 4,0         | <b>3,9</b>   | f           | f            |
| Cause evitabili con trattamenti (anno 2011) <sup>9</sup>  | 3,0         | <b>3,0</b>   | f           | f            |
|   |             |              |             |              |
| <b>Stili di vita</b>  | <b>2008</b> | <b>2013</b>  | <b>2008</b> | <b>2013</b>  |
| <b>Fumo</b>   |             |              |             |              |
| Fumatori 18-69 anni (x 100) <sup>10</sup>   | 28,8        | <b>25,7</b>  | 29,9        | <b>27,2</b>  |
| Ex fumatori 18-69 anni (x 100) <sup>10</sup>  | 21,1        | <b>18,3</b>  | 19,5        | <b>17,8</b>  |
| Fumatori 18-69 anni che hanno cercato di smettere nell'ultimo anno (x 100) <sup>10</sup>        | 39,8        | <b>39,1</b>  | 37,2        | <b>40,4</b>  |
| Persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici (x 100) <sup>10</sup> | 93,1        | <b>95,8</b>  | 87,2        | <b>90,6</b>  |
| Persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi di lavoro (x100) <sup>10</sup> | 90,9        | <b>93,0</b>  | 87,1        | <b>91,5</b>  |
| <b>Alcol</b>  |             |              |             |              |
| Persone 18-69 anni che consumano alcol (x 100) <sup>10</sup>                                    | 62,0        | <b>55,7</b>  | 59,3        | <b>54,5</b>  |
| Persone 18-69 anni con consumo di alcol abituale elevato (x 100) <sup>10</sup>                  | 6,0         | <b>4,4</b>   | 5,4         | <b>3,6</b>   |
| Persone 18-69 anni con consumo di alcol prevalentemente fuori pasto (x 100) <sup>10</sup>       | 8,6         | <b>8,8</b>   | 8,2         | <b>7,8</b>   |
| Persone 18-69 anni con consumo "binge" (x 100) <sup>10</sup>                                    | g           | <b>8,3</b>   | g           | <b>8,8</b>   |
| Persone 18-69 anni con consumo a rischio (x 100) <sup>10</sup>                                  | g           | <b>18,2</b>  | g           | <b>16,7</b>  |
| Persone 18-69 anni con guida sotto l'effetto dell'alcol (x 100) <sup>10</sup>                   | 11,3        | <b>8,8</b>   | 8,7         | <b>8,7</b>   |

<sup>g</sup> Non confrontabile con 2013 per definizioni con soglie di consumo differenti.

**Sovrappeso e obesità**

|  |      |             |      |             |
|--|------|-------------|------|-------------|
| Bambini 8-9 anni in sovrappeso (x 100) <sup>11</sup>                         | 19,5 | <b>20,3</b> | 23,1 | <b>22,2</b> |
| Bambini 8-9 anni obesi (x 100) <sup>11</sup>                                 | 7,8  | <b>8,0</b>  | 11,5 | <b>10,6</b> |
| Persone 18-69 anni in sovrappeso (BMI tra 25,0 e 29,9) (x 100) <sup>11</sup> | 29,5 | <b>27,3</b> | 31,6 | <b>31,4</b> |
| Persone 18-69 anni obese (BMI $\geq$ 30) (x 100) <sup>10</sup>               | 9,1  | <b>8,2</b>  | 10,3 | <b>10,4</b> |

**Attività fisica**

|   |      |             |      |             |
|---|------|-------------|------|-------------|
| Persone che non praticano sport $\geq$ 3 anni (x 100) <sup>12</sup> | 30,0 | <b>29,7</b> | 39,5 | <b>39,2</b> |
| Persone 18-69 anni sedentarie (x 100) <sup>10</sup>                 | 27,2 | <b>31,2</b> | 29,4 | <b>30,7</b> |
| Persone 18-69 anni attive (x 100) <sup>10</sup>                     | 33,8 | <b>32,6</b> | 32,5 | <b>33,4</b> |

1. Fonte: ISTAT - <http://dati.istat.it/> - Sezione Popolazione e Famiglia - Popolazione - Indicatori demografici.
2. Fonte: ISTAT - Demografia in cifre - <http://demo.istat.it/>
3. Fonte ISTAT - Health for All - Versione dicembre 2014 - [www.istat.it/it/archivio/14562](http://www.istat.it/it/archivio/14562)
4. Fonte: ISTAT - Rapporto BES 2013 - [www.istat.it/it/files/2013/03/Rapporto-Bes-2013-appendice-tavole.zip](http://www.istat.it/it/files/2013/03/Rapporto-Bes-2013-appendice-tavole.zip)
5. Fonte: ISTAT - Rilevazione trimestrale sulle forze di lavoro (I.ISTAT).
6. Fonte: Censimenti della popolazione e delle abitazioni 2001 e 2011 - <http://dawinci.istat.it/jsp/MD/dawinciMD.jsp> e <http://dati-censimentopopolazione.istat.it/>
7. Fonte: <http://www.istat.it/it/archivio/128176>
8. Elaborazione Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat. Per le cause di morte alcool-correlate è stata utilizzata la classificazione proposta dal CDC di Atlanta (CDC. About ARDI. Alcohol-related ICD codes. <https://apps.nccd.cdc.gov/ARDI/AboutARDICrosswalk.htm>. DC. e About ARDI. Alcohol-attributable fractions report. <https://apps.nccd.cdc.gov/ARDI/Report.aspx?T=AAF&P=f214cf69-cad7-496f-ace2-2a09b9d6a126&R=804296a0-ac47-41d3-a939-9df26a176186>); per le cause fumo correlate la classificazione proposta da Single E, Rehm J, Robson L, Truong MV. The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ* 2000;62:1669-75.
9. Elaborazione Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat. Per le cause di morte evitabili correlate ai livelli di assistenza è stata utilizzata la classificazione proposta da: ERA-Epidemiologia e Ricerca Applicata. Mortalità evitabile per genere e Usl. Atlante 2007. <http://www.e-r-a.it/>
10. Fonte: PASSI [www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni); [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi)
11. Fonte: Okkio alla salute (indagini 2008 e 2012) [www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni); [www.epicentro.iss.it/okkioallasalute](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute)
12. Fonte: ISTAT - <http://dati.istat.it/> - Sezione Cultura, comunicazione, tempo libero, uso del tempo.



## **PROGRAMMI DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2015-2018**

### **PROGRAMMA 1**

## **GUADAGNARE SALUTE PIEMONTE - SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE**

Nei programmi denominati “Guadagnare Salute Piemonte” è stato privilegiato un approccio di setting, sistematico, finalizzato a cambiamenti di lungo termine e incentrato sullo sviluppo del sistema attraverso interventi di tipo organizzativo, formativo e attraverso il rafforzamento delle alleanze con gli attori principali, come la scuola. Gli interventi da attuare nel territorio sono programmati all’interno dei Piani locali di prevenzione che ciascuna ASL redige annualmente per il proprio ambito di riferimento, in coerenza con le indicazioni regionali.

| Macro obiettivi  | Obiettivi centrali  | Obiettivi specifici regionali   | Indicatore OSR   | Standard OSR   |
|--|---|---|--|--|
| <p><b>MO 1</b><br/>Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MALATTIE CRONICHE non trasmissibili</p> | <p><b>OC. 1.3</b><br/>Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile adulta</p> <p><b>OC. 1.7</b><br/>Aumentare il consumo di frutta e verdura</p> <p><b>OC. 1.9</b><br/>Aumentare l'attività fisica delle persone</p> | <p><b>OSR 1.1</b> (OC 1.3/3.1/4.1)<br/>Consolidare, attivare e valorizzare le <i>alleanze</i> a livello centrale e territoriale utili alla programmazione congiunta e alla coprogettazione</p> <p><b>OSR 1.2</b> (OC 1.3/3.1/4.1/5.3/6.3)<br/>Progettare e strutturare <i>percorsi formativi congiunti</i> sui diversi temi di salute che sostengano le competenze di operatori sanitari, dirigenti scolastici e insegnanti per costruire una Scuola che Promuove Salute (formazione dei formatori)</p> <p><b>OSR 1.3</b> (OC 1.3/1.7/1.9/3.1/4.1/5.3/6.3)<br/>Inserire nel <i>catalogo</i> dell'offerta educativa e formativa almeno un progetto sul tema di: sana alimentazione, attività fisica/capacità motorie, fumo, alcol, benessere delle relazioni, media education, gambling, cultura della sicurezza, dipendenze, sicurezza stradale e/o della promozione dei comportamenti di guida responsabile, incidenti domestici</p> | <p><b>Indicatore OSR 1.1</b><br/>N. di alleanze attivate a livello centrale o territoriale</p> <p><b>Indicatore OSR 1.2</b><br/>N. di iniziative o progetti formativi realizzati a livello regionale o locale</p> <p><b>Indicatore OSR 1.3</b><br/>% di ASL con catalogo contenente un progetto di BP per ogni tema definito</p> | <p><b>Standard OSR 1.1</b><br/>Almeno una alleanza a livello centrale o territoriale</p> <p><b>Standard OSR 1.2</b><br/>Almeno due iniziative o progetti formativi regionali o locali all'anno</p> <p><b>Standard OSR 1.3</b><br/>100% delle ASL</p> |
| <p><b>MO 3</b><br/>Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti</p>   | <p><b>OC 3.1</b><br/>Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali</p> <p><b>OC 3.2</b><br/>Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale</p>  | <p><b>OSR 1.3A</b> (OC 3.1)<br/>Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica sul corretto <i>rapporto uomo/animale</i> anche ai fini della prevenzione del fenomeno del randagismo</p>  | <p><b>Indicatore OSR 1.3A</b><br/>Predisposizione e realizzazione di un piano di informazione/ comunicazione rivolto alla popolazione scolastica target</p>  | <p><b>Standard OSR 1.3A</b><br/>Almeno una iniziativa regionale o locale all'anno</p>  |
| <p><b>MO 4</b><br/>Prevenire le dipendenze (sostanze e comportamenti)</p>  | <p><b>OC. 4.1</b><br/>Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui</p>   | <p><b>OSR 1.4</b> (OC 1.3/3.1/4.1)<br/><i>Selezionare</i> e definire <i>priorità</i> per la programmazione annuale nelle linee guida coerenti con il protocollo d'intesa (prevenzione del gioco d'azzardo...) e i bisogni regionali/territoriali</p>  | <p><b>Indicatore OSR 1.4</b><br/>N. di strumenti di programmazione, con identificazione di priorità, elaborati e diffusi</p>   | <p><b>Standard OSR .14</b><br/>Almeno 4 strumenti (linee guida,...)</p>  |
| <p><b>MO 5</b><br/>Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti</p>  | <p><b>OC. 5.3</b><br/>Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida</p>  |   |  |  |
| <p><b>MO 6</b><br/>Prevenire incidenti domestici</p>   | <p><b>OC. 6.3</b><br/>Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver</p>  | <p><b>OSR 1.5</b> (OC 3.2)<br/>Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale</p>  | <p><b>Indicatore OSR 1.5</b><br/>N. incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale</p>   | <p><b>Standard OSR 1.5</b><br/>Almeno 1 incontro / anno</p>  |

## Quadro strategico, profilo di salute e trend dei fenomeni

**Quadro normativo di riferimento:** Deliberazione della Giunta Regionale n. 18-1216 del 23 marzo 2015 (BU12S1 26/03/2015)

**Sinergie con altri programmi del PRP 2014-2018:** Comunità e ambienti di vita; Lavoro e salute.

**Sinergie con altri programmi regionali, nazionali e/o europei:** per esempio Guadagnare Salute in Adolescenza; Frutta nelle Scuole; Ti Muovi; PARD; Rete Regionale delle Scuole che Promuovono Salute; e la Rete Europea per le Scuole che Promuovono Salute (SHE Network).

**Strategie:** percorso di accompagnamento alla co-progettazione e formazione congiunta; percorso di partecipazione alla Rete Regionale delle Scuole che Promuovono Salute; offerta attiva di un catalogo di progetti di Buone Pratiche (BP) sui diversi temi di promozione della salute offerti alle scuole, coerenti con le scelte definite a livello regionale. I principali modelli teorici di riferimento sono: socioecologico, salutogenesi, empowerment e partecipazione attiva.

L'ambiente scolastico è un **setting strategico** per promuovere la salute in età infantile e adolescenziale.

Molte evidenze di letteratura e buone pratiche testimoniano l'efficacia dell'approccio di setting per promuovere l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute rendendo "facili" le scelte salutari, in specie per quanto riguarda il setting "Ambienti scolastici", per il quale il WHO-Europe Action Plan NCD 2016-2020 individua il network di riferimento: Schools for Health in Europe-SHE e tutti i documenti di indirizzo da questo prodotti. Caratteristica del lavoro di setting è l'approccio sistematico, finalizzato a cambiamenti a lungo termine e incentrato sull'autosviluppo del sistema (learning organization).

Una scuola che orienta non solo i curricula ma l'organizzazione dell'intera comunità scolastica verso la promozione di stili di vita sani e attivi, rappresenta il contesto favorevole perché gli studenti sviluppino le conoscenze, le abilità e le abitudini necessarie per vivere in modo salutare e attivo anche in età adulta.

È questo il senso dell'approccio "whole-of-school", un approccio globale che crea connessioni congruenti tra i percorsi didattici, le politiche della scuola, le scelte organizzative e le alleanze con la comunità locale.

Ci sono molte evidenze che dimostrano come tale approccio globale multicomponente nella scuola sia efficace nella prevenzione dell'obesità (*A Review of the Evidence: School-based Interventions to Address Obesity Prevention in Children 6-12 Years of Age Toronto Public health sept. 2012*), del fumo di tabacco (*NICE guidelines [PH23] Feb 2010*), della salute mentale (*Barry, Clarke, Jenkins & Patel 2012, WHO evidence review in LMICs*) ecc. L'approccio prevede la definizione di politiche scolastiche per la salute, l'attenzione all'ambiente fisico e relazionale, lo sviluppo delle competenze individuali di tutti i soggetti, il rafforzamento dei legami con la comunità, la collaborazione con i servizi sanitari, tenendo in considerazione, per i diversi temi del piano, anche le diverse prove di efficacia rese disponibili dal sito <http://niebp.agenas.it/default.aspx>.

A livello regionale e locale, perché questo approccio possa essere sostenibile, è quindi importante puntare su un lavoro di alleanza e rafforzamento della governabilità di due sistemi che solo attraverso la coprogettazione e la scelta congiunta di priorità possono incidere sulla promozione della salute nel setting scolastico.

A livello nazionale, il 22,2% dei bambini è risultato in sovrappeso e il 10,6% obeso. Rispetto a quanto rilevato nelle precedenti raccolte si nota una leggera diminuzione che tuttavia conferma livelli preoccupanti di eccesso ponderale. Il problema del sovrappeso e dell'obesità colpisce in egual misura maschi e femmine.

Nella Regione Piemonte, i **dati dei sistemi di sorveglianza** dicono che nella **popolazione in età scolastica**:

- l'8% dei bambini è obeso, il 20% sovrappeso, il 70% normopeso e l'1% sottopeso;
- 3 bambini su 10 presentano un eccesso di peso che, sulla popolazione regionale 6-11 anni, significa circa 45.000 bambini sovrappeso di cui 18.000 obesi;
- il 44% delle madri di bambini sovrappeso e il 9% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio figlio abbia un peso giusto;
- il 63% dei bambini fa una colazione adeguata e il 38% una merenda adeguata;
- il 38% dei bambini mangia frutta 2/3 volte al giorno ed il 37% una volta al giorno;
- il 31% dei bambini consuma verdura 2/3 volte al giorno, il 34% una porzione al giorno;
- il 26% dei bambini consuma una bevanda zuccherata al giorno e il 13% più bevande zuccherate al giorno.

La bassa percezione e la mancanza di consapevolezza da parte dei genitori dello stato di sovrappeso/obesità del proprio figlio/a limita la probabilità di successo di interventi di prevenzione e promozione della salute. Infatti, solo il 27% delle madri di bambini sovrappeso e il 48% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo e quindi che qualcosa dovrebbe essere modificato. In Italia e in tutto il mondo occidentale tre fattori sembrano contribuire in modo determinante al sovrappeso e all'obesità tra i bambini: scorretta alimentazione, mancanza di attività fisica e alti livelli di sedentarietà.

Per cercare di capire quanta attività fisica facciano i bambini è stato anche chiesto ai genitori per quanti giorni alla settimana i bambini praticano attività fisica almeno un'ora al giorno (sport, ginnastica, danza, ecc. o altre attività fisiche fatte in palestra o all'aperto). Secondo i genitori, circa 3 bambini su 10 fanno un'ora di attività fisica per solo 2 giorni a settimana, mentre solo 2 su 10 da 5 a 7 giorni, come indicato dalle linee guida internazionali. L'attività fisica è difficile da misurare e se un genitore ritiene che il suo bambino sia attivo, quando in realtà quest'ultimo non si impegna in nessuno sport o gioco all'aperto, la percezione del livello di attività fisica è probabilmente distorta. Nei bambini non attivi, il 56% delle madri ritiene che il figlio svolga sufficiente attività fisica e il 5% molta attività fisica.

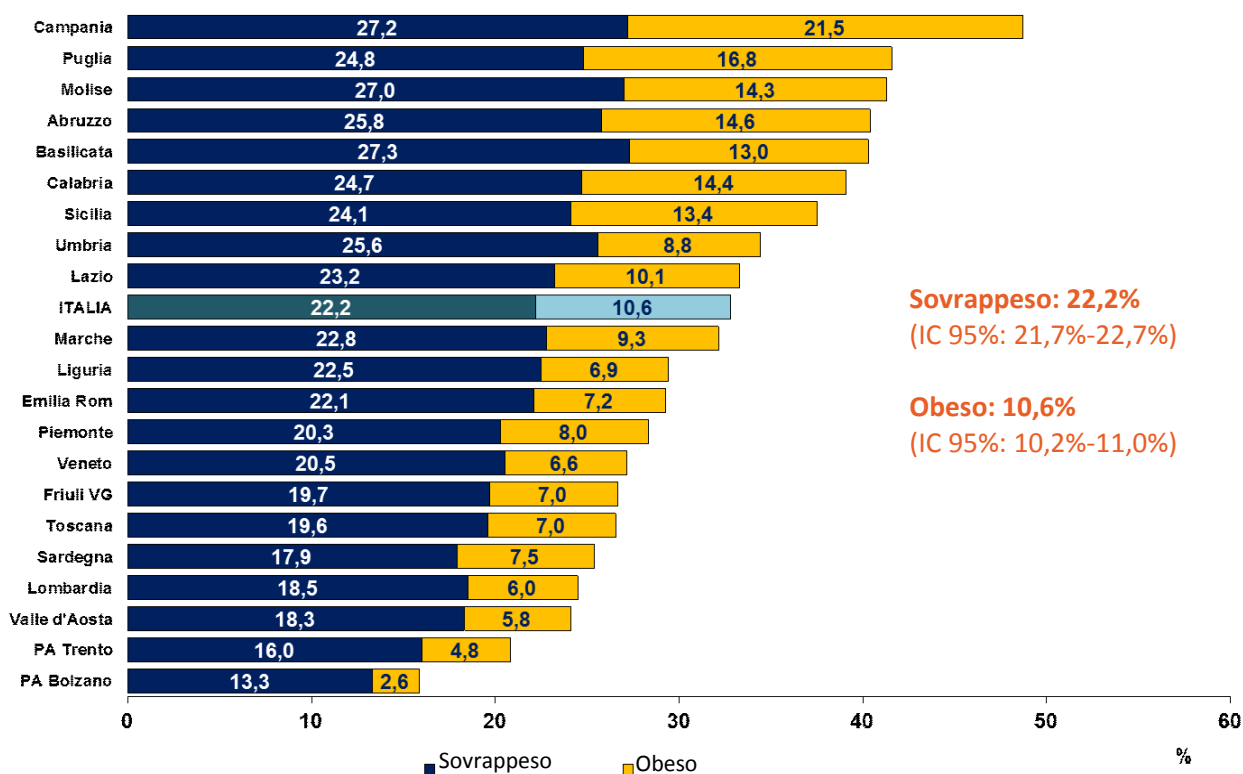
Il 25% dei bambini trascorre davanti alla TV/videogiochi dalle 3 alle 4 ore al giorno e il 4% almeno 5 ore.

La situazione non migliora tra i più grandi così come risulta dai dati della **sorveglianza HBSC** che campiona ragazzi di 11/13/15 anni. Il consumo di verdura resta basso e l'attività fisica diminuisce all'aumentare dell'età. A 15 anni il 30% non fa mai colazione e il 25% beve almeno una bevanda zuccherata al giorno. La percezione del proprio peso è un po' sopravvalutata.

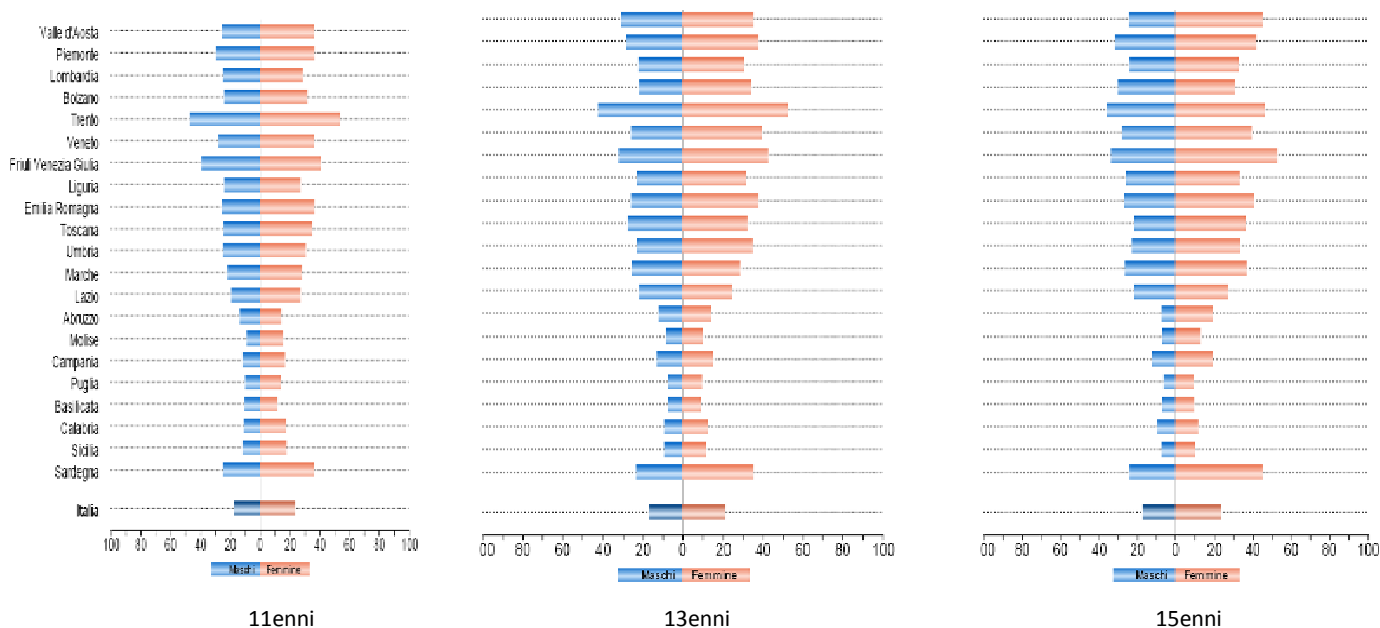
In questi anni agli stili di vita poco salutari si aggiungono i comportamenti a rischio come l'uso di alcol, il fumo di sigarette e di cannabis.

I grafici evidenziano i dati sui consumi di frutta e verdura, obesità e sovrappeso, livelli di attività fisica, consumo di alcol e abitudine al fumo nelle tre fasce di età.

**Figura 1.** Sovrappeso/obesità per Regione (bambini di 8-9 anni). OKkio alla SALUTE 2012



**Figura 2.** Consumo di verdura: almeno 1 volta al giorno. HBSC 2012



**Figura 3.** Consumo di frutta: almeno 1 volta al giorno. HBSC 2012 (15enni)

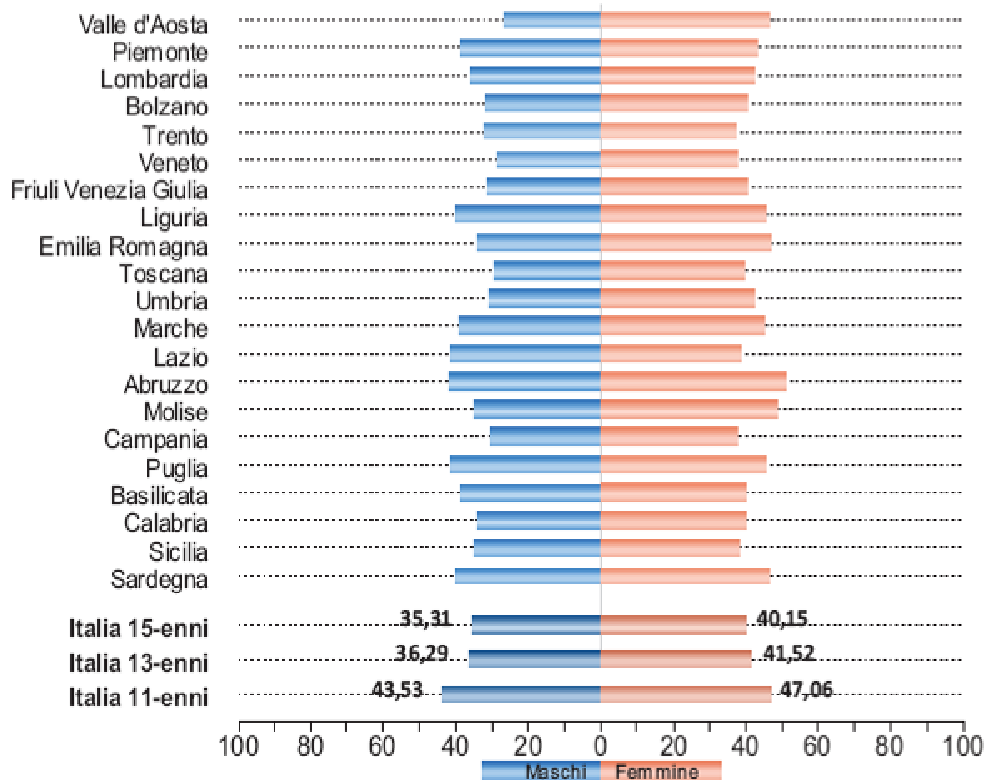


Figura 4. Obesità e sovrappeso per genere nelle tre fasce di età. HBSC 2012

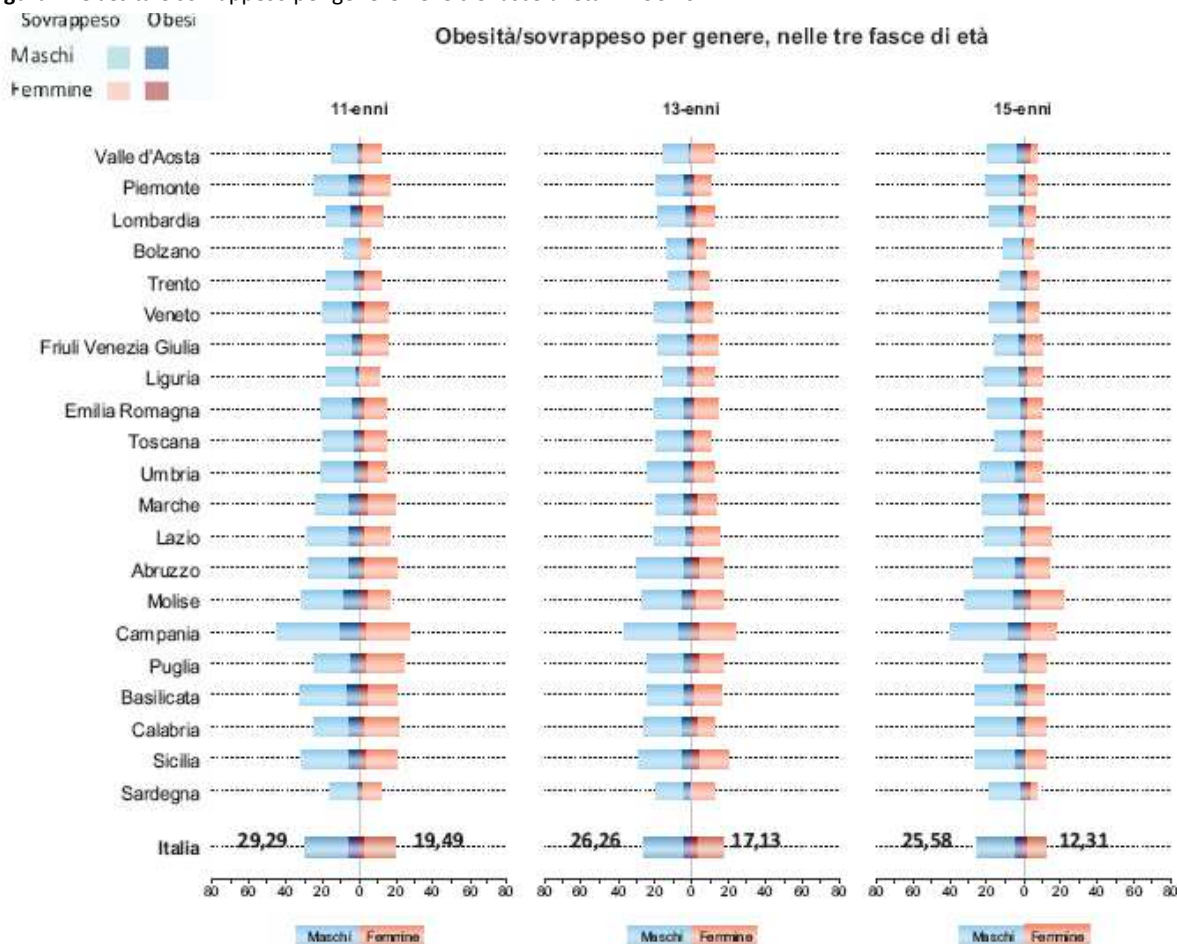


Figura 5. Attività fisica: almeno 1 ora al giorno per più di 3 gg a settimana. HBSC 2012

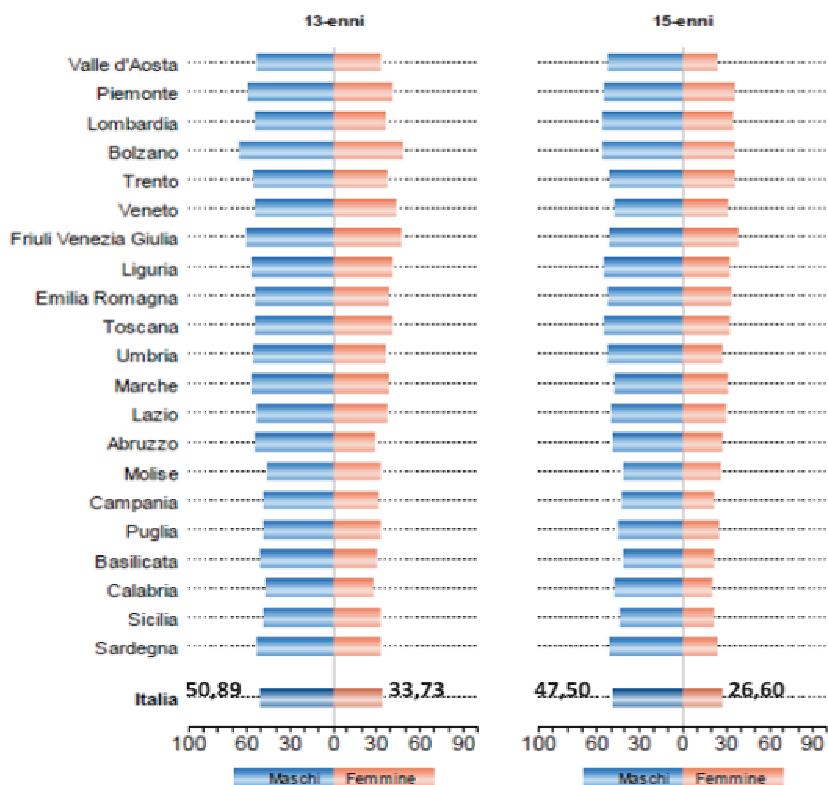


Figura 6. Consumo di alcol almeno 1 volta a settimana HBSC 2012

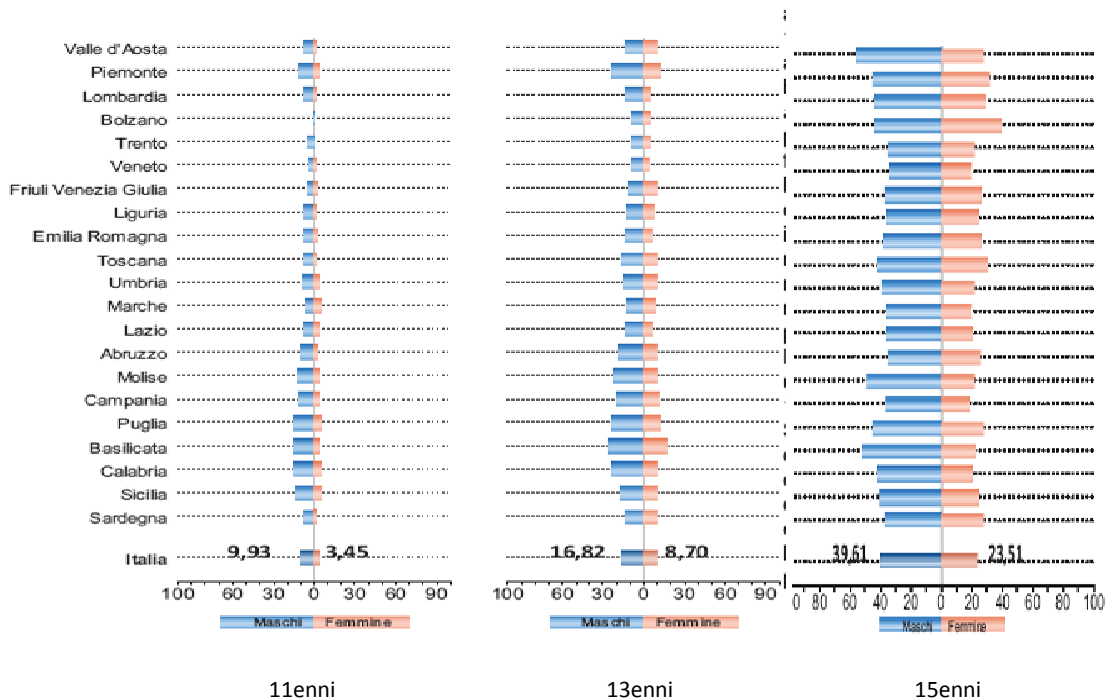
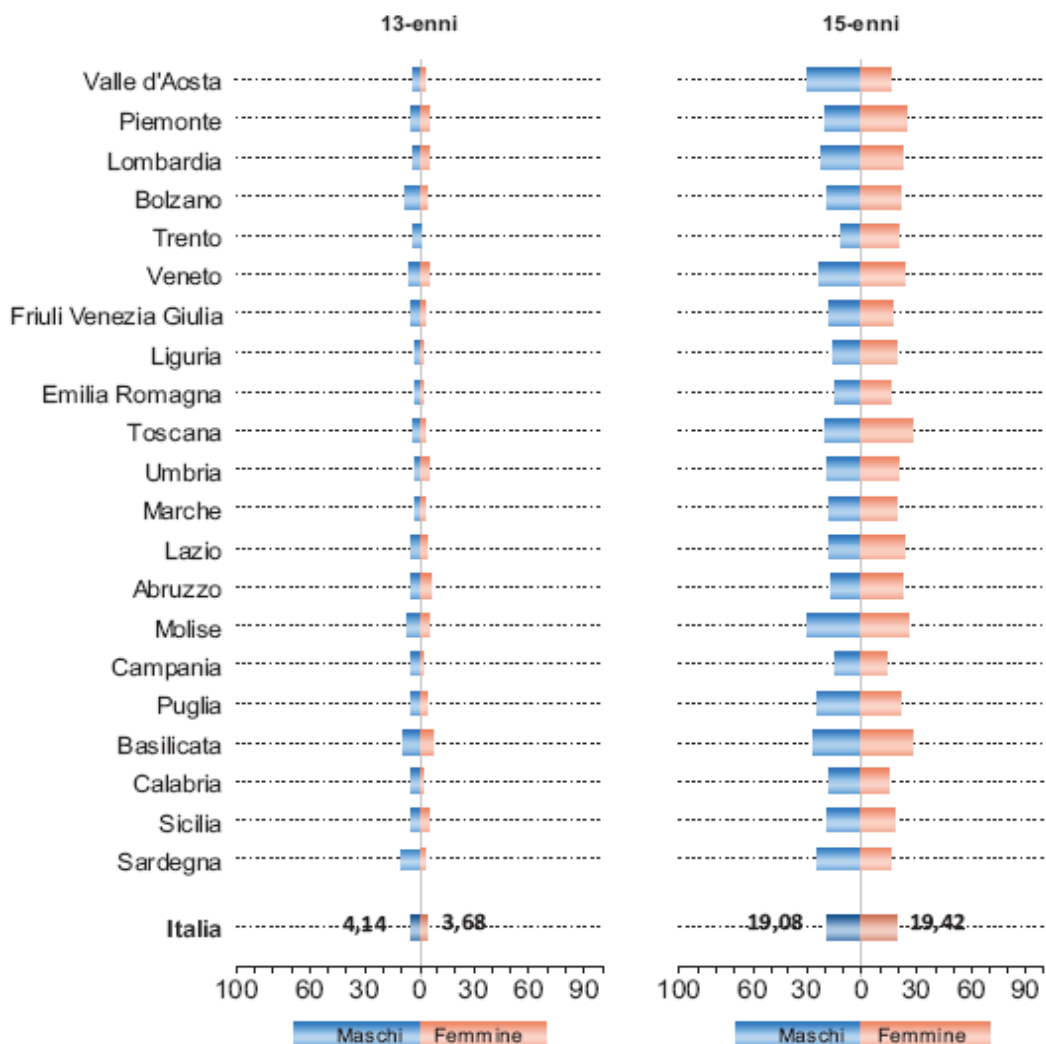


Figura 7. Abitudine al fumo: fumo almeno 1 volta alla settimana HBSC 2012



Dai dati dello **studio ESPAD 2012** (*European school survey project on alcohol and other drugs*) si ricavano informazioni sull'uso di **alcol** nella popolazione degli studenti delle scuole superiori della Regione; i dati sono stati raccolti con un questionario anonimo su un campione di studenti tra i 15 e i 19 anni: l'83% degli studenti piemontesi ha bevuto alcolici (vino, liquori, birra e drink leggeri) almeno una volta negli ultimi 12 mesi (in Italia l'81%), tra questi il 19% dei maschi e il 6% delle femmine lo ha consumato 40 o più volte.

Tra i maschi la birra è più consumata (65% contro il 43% delle femmine) mentre drink, vino e liquori sono consumati rispettivamente dal 54%, 51% e 52% dei maschi e dal 45%, 43% e 46% delle femmine. Il primo contatto con la birra avviene intorno ai 13 anni, un anno dopo i liquori.

Si beve al bar e in discoteca ma anche a casa propria o di amici.

La pratica del binge drinking nei trenta giorni precedenti la compilazione del questionario è stata del 34% (35% in Italia); tale pratica aumenta con l'aumentare dell'età, nei maschi si passa dal 22% a 15 anni al 50% a 19 anni, nelle femmine dal 18% al 33%. L'età media della prima ubriacatura per entrambi i sessi è intorno ai 15 anni.

Il 59,7% degli studenti piemontesi ha provato, almeno una volta a fumare e il 22,6% nell'ultimo anno ha fumato quotidianamente almeno una sigaretta (in Italia rispettivamente il 60,9% e il 25,4%).

Fumare almeno una sigaretta al giorno nel corso dell'ultimo anno ha riguardato il 24% della popolazione studentesca maschile ed il 21,3% di quella femminile ed è direttamente correlato all'età, raggiungendo a 19 anni il 37,8% tra i maschi e il 30,4% tra le femmine. L'incremento maggiore si ha tra i 15 e i 16 anni. La percentuale dei fumatori in Piemonte è inferiore a quella italiana.

La prevalenza più alta di chi ha provato almeno una volta si registra nella provincia di Biella (62%).

Dal 2009 al 2012 la prevalenza regionale riferita all'aver fumato almeno una sigaretta è passata dal 64,4% al 59,7% così come il fumare almeno una sigaretta al giorno è passato dal 28,1% del 2009 al 22,6% nel 2012; il decremento è più accentuato tra le ragazze.

La cannabis è la sostanza illecita più diffusa, il 23,3% degli studenti piemontesi riferisce di averla usata almeno una volta nell'ultimo anno, il trend è però in diminuzione passando dal 28% del 2006 al 23% del 2012; il fenomeno riguarda tutta l'Italia.

L'età media di inizio è 15 anni e tra i maschi l'uso è più frequente.

Eccetto che per l'uso di stimolanti, tutte le altre sostanze sono in aumento; in particolare le sostanze sintetiche, soprattutto gli allucinogeni.

Il 4% dei maschi ed il 2% delle femmine ha fatto uso di cocaina nei 12 mesi precedenti la compilazione del questionario; tale percentuale sale tra i maschi diciannovenni al 5,9%, inferiore di un punto percentuale rispetto ai coetanei nazionali.

Anche per eroina, stimolanti e allucinogeni sono i maschi i maggiori consumatori; le percentuali di consumo sono tra i maschi rispettivamente del 2%, il 3,1% e il 4% e tra le ragazze l'1%, l'1,6% e l'1,7%; tra questi, circa un terzo è un consumatore abituale.

L'età media del primo uso per tutte le sostanze è intorno ai 15/16 anni.

I luoghi dove reperire le sostanze sono le discoteche e i concerti; la cannabis anche per strada, altre sostanze direttamente dallo spacciatore.

Un altro dato di cui tenere conto a livello piemontese è quello legato al coinvolgimento giovanile nel **gioco d'azzardo**: oltre il 40% dei giovani tra i 14 e i 19 anni dichiara di aver provato a giocare almeno una volta. Sull'educazione e la prevenzione al gioco d'azzardo la Regione Piemonte nel recente passato si era attivata con una campagna rivolta alle scuole ed aveva coinvolto 8.000 studenti. Questi dati piemontesi sembrano in linea con uno **studio** condotto **dall'Istituto di Fisiologia Clinica di Pisa** nel 2014 (Istituto di Fisiologia Clinica) che evidenzia un trend in discesa, tra gli studenti di 15-19 anni giocatori d'azzardo che sono passati da una percentuale del 47% del 2009 a una del 39% nel 2014. La diminuzione ha interessato in particolare i ragazzi considerati a rischio e/o problematici (che preferiscono giochi a vincita immediata e quelli on-line e investono cifre considerevoli).

Questi risultati positivi potrebbero, in parte, attribuirsi ai programmi sulla prevenzione della dipendenza condotti nelle scuole. Un dato significativo è che all'aumentare delle azioni preventive corrisponde una diminuzione dei giovani giocatori problematici o a rischio, a vantaggio della quota dei cosiddetti giocatori sociali per i quali il gioco non ha una valenza patologica. I più attratti dal gioco sono i maschi, 49% contro il 30% delle femmine e i ragazzi più grandi.



## Obiettivi e attività del Programma in continuità con il PRP 2010-2014

Una attiva collaborazione interistituzionale e modalità congiunte di programmazione della salute in ambito scolastico hanno posto le basi per interventi che sostengano lo sviluppo di competenze trasversali per far sì che i comportamenti salutari vengano assunti il più precocemente possibile e diventino per ciascuno un valore da perseguire negli anni. È importante ricordare che a livello centrale si parte da:

- un Protocollo d'intesa tra Regione e USR sulle attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole, siglato il 29 /9/ 2011 n. Rep. 16400 (già rinnovato nel 2015);
- linee guida congiunte deliberate per tutti gli anni scolastici del periodo 2010-2014 definite per orientare le scuole e individuare priorità di azione;
- un percorso congiunto di ricerca-azione regionale per la costruzione e sperimentazione del profilo di salute nella scuola che ha posto le basi per un percorso ancora attivo e ha permesso alla nostra regione l'ingresso all'interno del network europeo SHE come Rete Regionale Piemontese delle Scuole che Promuovono Salute (2014).

## Obiettivi e azioni che si svilupperanno con il PRP 2015-2018 tengono in considerazione e proseguono quanto sviluppato con i PLP 2013 e con le attività programmate a livello locale per il 2014

I precedenti PLP hanno, principalmente, lavorato, su:

- l'esistenza e/o la formazione di gruppi aziendali multidisciplinari coerenti con il programma Guadagnare Salute Piemonte;
- la valorizzazione delle risorse esistenti e la creazione di reti a livello locale;
- lo sviluppo delle competenze degli operatori;
- una forte offerta educativa/formativa su stili di vita per le scuole (insegnanti e/o allievi) e il potenziamento della collaborazione tra Ambiti territoriali scolastici e ASL;
- la partecipazione a progetti CCM quali ad esempio: Diari di salute (con capofila Regione Piemonte, rivolto a preadolescenti), Azioni per la Carta di Toronto;
- l'interesse/impegno a rafforzare la comunicazione aziendale: newsletter e spazi web su stili di vita, social network, organizzazione di eventi stabili annuali, comunicazione e diffusione dei dati delle sorveglianze;
- l'utilizzo dei contesti aggregativi (Centri per anziani, Centri o spazi per adolescenti, eventi/feste, ...) per diffondere informazioni su stili di vita salutari.

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva

Per progettare e sperimentare programmi e interventi multi-componente e multi-fattoriali per la promozione di stili di vita salutari nei setting scolastici in questo piano si lavora al consolidamento delle alleanze tra il settore scolastico e quello sanitario, si rafforzano i tavoli già attivi di collaborazione (a livello centrale e locale) e si promuovono azioni di cornice per la realizzazione del programma stesso. L'Intesa Regione Piemonte - Assessorato regionale alla Sanità e all'Istruzione, Formazione professionale, Lavoro e Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte formalizzata in un protocollo, in continuità con il rapporto di collaborazione interistituzionale avviato nei precedenti anni scolastici, intende portare a sistema l'impegno congiunto per la promozione della salute nella scuola, favorendo lo sviluppo a livello scolastico di attività, iniziative e progetti di qualità nel campo della Promozione ed Educazione alla Salute. Pertanto gli interventi svolti in collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte ricadono sui rispettivi sistemi di riferimento socio-sanitario e scolastico e mirano, secondo la definizione della Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS), ad assicurare ai destinatari un maggior controllo sulla propria salute mediante la promozione di stili di vita positivi e responsabili e la creazione di ambienti favorevoli. Tutto questo regolato e definito all'interno di linee guida, redatte in modo congiunto, che propongono azioni efficaci per ognuno dei fattori di rischio/determinanti indicati dal Piano definendo per ognuno le buone pratiche di riferimento, le priorità, i progetti innovativi e le eventuali sperimentazioni.

Il Gruppo Tecnico Regionale (gruppo paritetico), costituito dai rappresentanti degli enti firmatari del protocollo, ha compiti di gestione e controllo, allo scopo di consolidare il sistema, garantire equità nell'accesso alle proposte,

rispondere in modo flessibile e modulare alle esigenze ed alla maturazione dei diversi contesti locali e sarà affiancato da una consulta allargata che potrà essere convocata con una periodicità di almeno una volta l'anno. Con le diverse specificità territoriali al suo interno potranno essere presenti per esempio: il rappresentante dell'ANCI Piemonte, gli Ambiti territoriali scolastici, le agenzie educative presenti sul territorio, le Consulte degli studenti e le Associazioni dei genitori, i rappresentanti di Federazioni del CONI o di Enti di Promozione Sportiva. Il compito sarà di definire gli obiettivi condivisi e individuare i risultati attesi. Sarà necessario proseguire la formazione regionale integrata degli operatori sanitari, dei dirigenti e degli insegnanti per rendere omogeneo il percorso delle Scuole che promuovono salute e rafforzare la partecipazione alla Rete Regionale Piemontese delle Scuole che Promuovono Salute; una supervisione dei percorsi di formazione; una progettazione di modalità di valutazione, accompagnamento alla loro realizzazione e infine discussione dei risultati al fine di definire l'efficacia delle azioni messe in atto.

Ciascuna ASL dovrà dotarsi di un Catalogo delle offerte educative e formative alle scuole nell'ottica dei LEA e della valorizzazione di Buone Pratiche, tenendo conto delle priorità definite nelle linee guida; sarà formulato un piano di comunicazione per la visibilità nel Piano Regionale della Prevenzione e dei risultati raggiunti nei successivi step annuali; si manterrà vivo e costante il confronto con le altre Regioni che hanno avviato percorsi simili e proseguirà la partecipazione alle attività internazionale della SHE network (School for Health in Europe).

In particolare questo Programma prevede il coinvolgimento regionale e locale della struttura Promozione della Salute e almeno dei seguenti settori/servizi sanitari: Materno Infantile, SerT/SerD, NPI, Psicologia, Salute Mentale, SIAN, Medicina dello Sport, Servizi Veterinari (A/C), SISP, SPreSal e Distretti che saranno coinvolti, nelle diverse azioni, sulla base delle specificità territoriali e delle esperienze già svolte.

### Crono programma di massima

|  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  |
|--|---|---|---|---|
| <b>Azione 1</b><br>Consolidamento dell'alleanza scuola /sanità per le Scuole che promuovono Salute | Produzione linee guida biennali<br>Consolidamento GTR   | Contatti formali per lo studio di fattibilità di un organo consultivo a livello regionale                                       | Produzione linee guida biennali   | Rinnovo Protocollo di Intesa  |
| <b>Azione 2</b><br>Consolidamento e sviluppo di una formazione congiunta                           | Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale   | Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale   | Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale   | Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale   |
| <b>Azione 3</b><br>Il catalogo: promozione e disseminazione di Buone Pratiche (BP)                 | Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative<br>Adozione di progetti di buona pratica da catalogo | Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative<br>Adozione di progetti di buona pratica da catalogo | Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative<br>Adozione di progetti di buona pratica da catalogo | Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative<br>Adozione di progetti di buona pratica da catalogo |
| <b>Azione 4</b><br>Programmazione annuale delle azioni prioritarie in coprogettazione              | Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano   | Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano   | Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano   | Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano   |

Il percorso per la diffusione della cultura delle scuole che promuovono salute segue a quanto già realizzato nei precedenti anni scolastici con una fase sperimentale, consolidando e allargando la Rete Regionale delle Scuole che Promuovono Salute<sup>1</sup>.

Nell'anno in corso si prevede il consolidamento del gruppo tecnico regionale, la redazione delle nuove linee guida e la loro diffusione a un ampio numero di scuole del territorio regionale, perché intraprendano il percorso di partecipazione alla rete regionale delle Scuole che promuovono Salute a cominciare dalla stesura del proprio profilo di salute. In particolare le scuole potranno essere sostenute a definire e attivare le rispettive policy

<sup>1</sup> [www.dors.it/pag.php?idcm=5589](http://www.dors.it/pag.php?idcm=5589)

scolastiche per la salute anche in coerenza con gli obiettivi del PRP/ PLP. A sostegno del lavoro in rete e per la valorizzazione del percorso delle scuole è inoltre disponibile una piattaforma su cui trovare materiali utili<sup>2</sup>. Le scuole potranno lavorare su alcuni temi di salute ritenuti prioritari, in collaborazione con i servizi offerti dalle ASL e, dove possibile, avvalendosi dei programmi di promozione degli stili di vita sani inseriti nel Catalogo aziendale delle offerte educative e formative. Nel 2016 l'80% delle ASL dovranno redigere un Catalogo delle offerte educative e formative, in continuità con i programmi di Guadagnare Salute e/o avvalendosi dei dati locali (di ASL) ricavati dalle sorveglianze OKkio alla Salute e HBSC, mentre nel 2017 tutte le ASL dovranno disporre del catalogo facilmente fruibile per le scuole del territorio. Negli anni successivi di vigenza del Piano Regionale di Prevenzione saranno previsti step annuali di programmazione e valutazione delle azioni intraprese dalle scuole che aderiscono ai percorsi, sulla base delle priorità individuate e delle strategie proposte a livello centrale e locale.

### **Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma**

La promozione della salute nel setting scolastico presuppone concrete sinergie e una integrazione di programmi con altre Direzioni Regionali che con il sistema scuola interagiscono e quindi il buon andamento dei rapporti di collaborazione definisce e rafforza i possibili futuri risultati del Piano.

In specifico per questo setting, dove è essenziale un lavoro in stretta collaborazione e interdipendenza con l'Ufficio Scolastico Regionale (MIUR) e le sue articolazioni territoriali, è possibile che molti risultati a livello dei singoli territori e delle scuole interessate siano necessariamente mediati dalla natura intersettoriale del programma. In particolare l'organizzazione del "sistema scuola" e l'autonomia scolastica potrebbero sensibilmente influenzare il raggiungimento di alcuni obiettivi, per l'effetto di variabili il cui controllo non dipende interamente dal "sistema sanità".

### **Monitoraggio e contrasto disuguaglianze**

Il possibile guadagno futuro in termini di riduzione di esposizione a stili di vita non salutari verrà influenzato non solo da effetti generazionali (es. graduale riduzione dei fumatori a seguito della differente percezione dell'accettabilità sociale del fumo), ma anche dalla precocità e dalla ripetizione degli interventi di prevenzione e promozione della salute a scuola.

Data la sua importanza strategica dettata dalle tempistiche di intervento precoci e dalla trasversalità degli obiettivi, il setting scolastico verrà sottoposto ad un esercizio di *health equity audit* approfondito che si preoccuperà non solo di revisionare e correggere l'allocazione degli interventi in funzione del rischio, ma anche di rivedere l'efficacia attesa degli interventi per le diverse categorie di vulnerabilità sociale, al fine di modificarne il disegno e le modalità di intervento in caso di accertata minore efficacia tra i soggetti più vulnerabili.

La differente distribuzione dei fattori di rischio può generare disuguaglianza geografiche anche importanti. L'equità territoriale nell'attivazione delle azioni di prevenzione e promozione è un importante strumento attraverso il quale diminuire tale fenomeno. Il Piano di Prevenzione della Regione Piemonte intende proporre programmi di prevenzione facilmente adottabili dalle scuole e fornire assistenza alle realtà più periferiche in modo da ridurre le differenze geografiche legate a diversità di azioni condotte sul territorio.

---

<sup>2</sup> <http://www.reteshepiedmonte.it/>

|  |   |  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|---|--|
| Azione 1.1.1<br><b>Consolidamento dell'alleanza scuola /sanità per le Scuole che promuovono Salute</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Coinvolgere tutti gli attori interessati in un percorso di alleanza   |  |   |  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 1.1.</b> Consolidare, attivare e valorizzare le alleanze a livello centrale e territoriale utili alla programmazione congiunta e alla coprogettazione |  |
|  | La scuola è una istituzione che si colloca in un territorio creando con questo una osmosi continua, perché chi frequenta la scuola porta al suo interno culture, abitudini, costumi, credenze diverse, riportando all'esterno ciò che la scuola offre in termini di conoscenze, di competenze, di valori, di principi. Per questo motivo il mondo interno alla scuola e quello esterno hanno bisogno di dialogare affinché il rapporto resti armonico e produttivo, favorendo così lo sviluppo coerente degli allievi nell'ottica della promozione di una cittadinanza attiva. È quindi necessario che Scuola, Sanità, Enti Territoriali, Agenzie educative presenti sul territorio, famiglie e giovani cooperino per individuare priorità e modalità di intervento. Le alleanze definite da atti formali e i gruppi di lavoro già esistenti (GTR) saranno infatti coadiuvati da iniziative di consultazione allargata su temi specifici e con periodicità utile. |  |   |  |   |  |
|  | <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale  |  |   |  |   |  |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |  |   |  |   |  |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |   |  |   |  |
|  |   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>   | <b>2017</b>  |   | <b>2018</b>                                |
|  | Funzionamento a regime degli accordi per una collaborazione interistituzionale  | Almeno 2 incontri del GTR  | Almeno 2 incontri del GTR   | Almeno 2 incontri del GTR  |   | Almeno 2 incontri del GTR                  |
|  | Presenza di regole condivise nella collaborazione interistituzionale  | Redazione linee guida 2015-2016  | _____   | Redazione linee guida 2017-2018                                    |   | Rinnovo del Protocollo di Intesa           |
|  | Presenza di contatti formali con Enti e Associazioni identificate per una consulta  | _____  | contatti formali per lo studio di fattibilità di un organo consultivo a livello regionale | definizione formale di una consulta regionale                      |   | almeno 1 incontro della consulta regionale |
|  | <b>Livello a cui si colloca:</b> ASL  |  |   |  |   |  |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |  |   |  |   |  |
| <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |  |   |  |   |  |
|  | <b>2015</b>   | <b>2016</b>  | <b>2017</b>   | <b>2018</b>  |   |  |
| Presenza di contatti formali con Enti e Associazioni identificate (ES: convocazione incontri)          | Almeno 2 incontri dei gruppi congiunti costituiti a livello locale  | Almeno 2 incontri dei gruppi congiunti costituiti a livello locale                     | Almeno 2 incontri dei gruppi congiunti costituiti a livello locale                        | Almeno 2 incontri dei gruppi congiunti costituiti a livello locale |   |  |
| Presenza di contatti formali con Enti e Associazioni identificate per una consulta                     | _____   | Contatti formali per lo studio di fattibilità di un organo consultivo a livello locale | Definizione formale di una consulta locale  | Almeno 1 riunione della consulta locale                            |   |  |

|  |  |   |   |   |  |   |
|--|--|---|---|---|--|---|
| Azione 1.2.1<br><b>Consolidamento e sviluppo di una formazione congiunta</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b>   |   |   |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 1.2.</b> Progettare e strutturare percorsi formativi congiunti sui diversi temi di salute che sostengano le competenze di operatori sanitari, dirigenti scolastici e insegnanti per costruire una Scuola che Promuove Salute (formazione dei formatori).<br><b>OSR 1.5.</b> Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale. |   |
|  | Condividere i criteri per la definizione di Scuola che promuove salute e implementare le attività attraverso una formazione congiunta.   |   |   |   |  |   |
|  | Il <i>Gruppo Tecnico regionale</i> , in continuità con i risultati già ottenuti dal gruppo di lavoro che ha curato l'avvio e la realizzazione della fase sperimentale, dovrà: definire e validare i criteri per la "Scuola che Promuove Salute"; definire percorsi di formazione congiunta, sia in presenza che attraverso la lettura di materiali di autoapprendimento, a sostegno del percorso, con approfondimenti su temi e azioni prioritarie. Con una attenzione particolare a implementare e/o costruire strumenti per la valutazione del percorso intrapreso dalle scuole per consentire un monitoraggio di quanto avviene sul territorio delle diverse ASL.   |   |   |   |  |   |
|  | I <i>tavoli di lavoro</i> nei singoli territori, a partire dal lavoro del livello regionale, dovranno: assumere le indicazioni regionali e trasformarle in azioni coerenti con quanto già presente sul proprio territorio; prevedere il sostegno e il consolidamento delle azioni formative locali o la partecipazione a iniziative regionali (percorso dei profili di salute della scuola, costruzione delle policy integrate, media education, gamblig, ecc.) da parte di operatori sanitari, dirigenti scolastici e insegnanti; monitorare l'andamento dei programmi di promozione degli stili di vita sani nelle scuole del territorio; valutare i risultati raggiunti anche avvalendosi dei dati locali ricavati dalle sorveglianze OKkio alla Salute e HBSC. |   |   |   |  |   |
|  | <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale   |   |   |   |  |   |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |   |   |  |   |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                       |   |   |  |   |
|  |  | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   |  | <b>2018</b>   |
|  | Calendario e verbali delle riunioni di programmazione  | Almeno 4 riunioni annue con i relativi verbali                  | Almeno 4 riunioni annue con i relativi verbali                                      | Almeno 4 riunioni annue con i relativi verbali                  |  | Almeno 4 riunioni annue con i relativi verbali                                      |
|  | Pubblicazioni operative sui diversi temi   | Almeno 1 incontro per valorizzare le pubblicazioni già prodotte | Almeno 1 pubblicazione operativa su un tema affrontato e previsto nelle linee guida | Almeno 1 incontro per valorizzare le pubblicazioni già prodotte |  | Almeno 1 pubblicazione operativa su un tema affrontato e previsto nelle linee guida |
| N. giornate di formazione  | Almeno 2 giornate annue  | Almeno 2 giornate annue   | Almeno 2 giornate annue   | Almeno 2 giornate annue   |  |   |
| <b>Livello a cui si colloca:</b> ASL   |  |   |   |   |  |   |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018                                      |  |   |   |   |  |   |
| <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |   |   |   |  |   |
|  | <b>2015</b>  | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b>   |  |   |
| N. giornate di formazione  | Almeno 2 giornate annue  | Almeno 2 giornate annue   | Almeno 2 giornate annue   | Almeno 2 giornate annue   |  |   |

|   |  |                             |   |  |             |
|---|--|-----------------------------|---|--|-------------|
| Azione 1.3.1<br><b>Il catalogo: promozione e disseminazione di Buone Pratiche (BP)</b>  | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Le scuole adottano Buone Pratiche per la promozione di stili di vita sani proposte nel catalogo e messe a disposizione di tutte le scuole interessate.<br><br>Il lavoro di promozione e disseminazione di buone pratiche avverrà attraverso la formalizzazione di un Catalogo la cui costruzione sarà coordinata dai Referenti per la promozione della salute delle ASL in collaborazione con i Servizi Territoriali che lavorano con le scuole.<br>Il Catalogo dovrà: rispecchiare le scelte che la Regione riterrà prioritarie, definite nelle linee guida; essere basato sulle migliori prove di efficacia disponibili; essere periodicamente revisionato sulla base di nuovi input regionali o specifiche richieste delle scuole; reso facilmente accessibile on line a tutte le scuole del territorio nel rispetto del criterio di equità (e con una attenzione alle disuguaglianze sul territorio); essere inviato direttamente o presentato in un incontro specifico. Il Catalogo dovrà inoltre contenere l'offerta di una formazione aperta a decisori politici e altri attori del territorio (sia su temi specifici, sia soprattutto su competenze di co-progettazione e di fund raising).<br>In particolare i programmi proposti dovranno seguire criteri di buona pratica, essere orientati anche allo sviluppo delle life skill, essere co-progettati (almeno 1 o 2) e non solo con la ASL ma anche gli enti locali.<br>Naturalmente bisognerà valutare la loro sostenibilità nello specifico territorio e, oltre a monitorare le singole iniziative, valorizzarle nelle sedi opportune. |                             |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 1.3.</b> Inserire nel catalogo dell'offerta educativa e formativa almeno un progetto sul tema di: sana alimentazione, attività fisica/capacità motorie, fumo e alcol, benessere delle relazioni, media education, gambling, cultura della sicurezza, dipendenze, sicurezza stradale e/o della promozione dei comportamenti di guida responsabile, incidenti domestici<br><br><b>OSR 1.3.A.</b> Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica sul corretto rapporto uomo/animale anche ai fini della prevenzione del fenomeno del randagismo |             |
|   | <b>Livello a cui si colloca:</b> ASL   |                             |   |  |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |                             |   |  |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  |                             | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |  |             |
|   |  | <b>2015</b>                 | <b>2016</b>                               | <b>2017</b>  | <b>2018</b> |
| Presenza del catalogo   | 1 catalogo in 50% delle ASL  | 1 catalogo in 80% delle ASL | 1 catalogo per ogni ASL                   | 1 catalogo per ogni ASL  |             |
| <b>Indicatore sentinella:<br/>         Numero di scuole che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/numero di scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo</b> | <b>Almeno 10%</b>  | <b>Almeno 20%</b>           | <b>Almeno 40%</b>                         | <b>Almeno 50%</b>  |             |

|  |  |   |               |   |             |
|--|--|---|---------------|---|-------------|
| Azione 1.4.1<br><b>Programmazione annuale delle azioni prioritarie in coprogettazione</b>                        | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b>   |   |               | <b>OSR cui si riferisce</b>   |             |
|  | Individuare le azioni prioritarie che le scuole dovranno attivare nell'anno scolastico.  |   |               | <b>OSR 1.4.</b> Selezionare e definire priorità per la programmazione annuale nelle linee guida, coerenti con il protocollo d'intesa (prevenzione del gioco d'azzardo,...) e i bisogni regionali/territoriali |             |
|  | Le azioni da svolgere nelle scuole devono, per ogni territorio, rispondere ai diversi bisogni a livello regionale e/o locale ma soprattutto far riferimento ai temi prioritari identificati dal protocollo d'intesa e definiti all'interno delle linee guida, sostenute dal MIUR e cogenti per le ASL, che sono compito del gruppo interistituzionale paritetico e il mezzo di disseminazione delle decisioni congiunte.                   |   |               |   |             |
|  | Sia il livello Regionale che quello locale dovrebbero proporre l'inserimento, il consolidamento o la sospensione di alcune attività, in coerenza con una più ampia cornice di programmi attivi sul territorio. Le scelte vanno condivise e motivate sulla base di nuove problematiche emergenti o della valutazione dell'efficacia delle azioni proposte, avvalendosi anche dei dati ricavati dalle sorveglianze OKkio alla Salute e HBSC. |   |               |   |             |
|  | <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale   |   |               |   |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |               |   |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |               |   |             |
|  |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
|  | Presenza delle linee guida con indicazione di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano  | Si/No                                     | Si/No         | Si/No   | Si/No       |
|  | <b>Livello a cui si colloca:</b> ASL   |   |               |   |             |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |  |   |               |   |             |
| <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |   |               |   |             |
|  | <b>2015</b>  | <b>2016</b>                               | <b>2017</b>   | <b>2018</b>   |             |
| Scuole che hanno attivato azioni su temi prioritari nelle classi target /classi target delle scuole partecipanti | Almeno il 20%  | Almeno il 40%                             | Almeno il 60% | Almeno l'80%  |             |





## PROGRAMMA 2

# COMUNITÀ E AMBIENTI DI VITA

Nei programmi denominati “Guadagnare Salute Piemonte” è stato privilegiato un approccio di setting, sistematico, finalizzato a cambiamenti di lungo termine e incentrato sullo sviluppo del sistema attraverso interventi di tipo organizzativo, formativo e attraverso il rafforzamento delle alleanze con gli attori principali, tra cui la comunità locale. Gli interventi da attuare nel territorio sono programmati all’interno dei Piani locali di prevenzione che ciascuna ASL redige annualmente per il proprio ambito di riferimento, in coerenza con le indicazioni regionali.

| Macro obiettivi  | Obiettivi centrali  | Obiettivi specifici regionali  | Indicatore OSR   | Standard OSR  |
|--|---|--|--|---|
| <b>MO 1</b><br>Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MALATTIE CRONICHE non trasmissibili   | <b>OC 1.2</b><br>Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)  | <b>OSR 2.1</b> (OC. di riferimento 1.2, 1.3, 1.9, 6.1 6.2)<br>Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – agli operatori e ai decisori per orientare le azioni e le politiche | <b>Indicatore OSR 2.1</b><br>N. di azioni o di politiche che tengono conto delle raccomandazioni                         | <b>Standard OSR 2.1</b><br>Almeno 1 azione o 1 politica a livello regionale o locale                        |
|  | <b>OC 1.3</b><br>Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta | <b>OSR 2.2</b> (OC. di riferimento 1.2, 1.3, 1.7, 1.8, 6.1)<br>Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte                           | <b>Indicatore OSR 2.2</b><br>N. di strumenti di comunicazione elaborati e diffusi  | <b>Standard OSR 2.2</b><br>Almeno 4 strumenti   |
|  | <b>OC 1.7</b><br>Aumentare il consumo di frutta e verdura   | <b>OSR 2.3</b> (OC. di riferimento 1.8)<br>Aumentare la disponibilità di alimenti a ridotto contenuto di sale e l'informazione al consumatore (Progetto regionale "Con meno sale la salute sale")  | <b>Indicatore OSR 2.3</b><br>Attuazione del progetto   | <b>Standard OSR 2.3</b><br>Realizzazione del progetto in tutte le ASL                                       |
| <b>MO 3</b><br>Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani  | <b>OC 3.1</b><br>Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali  | <b>OSR 2.4</b> (OC. di riferimento 1.6, 3.1, 4.1, 5.3)<br>Sviluppare iniziative e progetti di empowerment  | <b>Indicatore OSR 2.4</b><br>N. di iniziative o progetti realizzati a livello regionale o locale                         | <b>Standard OSR 2.4</b><br>Almeno 8 iniziative o progetti regionali o locali                                |
| <b>MO 4</b><br>Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)   | <b>OC 4.1</b><br>Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui  |  |  |   |
| <b>MO 5</b><br>Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti  | <b>OC 5.3</b><br>Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida   |  |  |   |
| <b>MO 6</b><br>Prevenire gli incidenti domestici   | <b>OC 6.1</b><br>Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero   | <b>OSR 2.5</b> (OC. di riferimento 1.9, 6.2)<br>Incoraggiare la pratica dell'attività fisica nella popolazione adulta e anziana  | <b>Indicatore OSR 2.5.</b><br>N. di walking programs che valutano l'aumento dei livelli di attività fisica               | <b>Standard OSR 2.5.</b><br>Almeno 1 walking program nel 40% delle ASL                                      |
|  | <b>OC 6.2</b><br>Aumentare il livello di attività fisica negli ultra 64enni   |  |  |   |
| <b>MO 10</b><br>Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli | <b>OC 10.8</b><br>Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione ed i relativi controlli sui cani e rifugi   | <b>OSR 2.6</b> (OC. di riferimento 10.8)<br>Prevenire il randagismo, attraverso strategie d'informazione e comunicazione per la popolazione e attività di controllo su cani e rifugi   | <b>Indicatore OSR 2.6.</b><br>Proporzione controlli effettuati rispetto al numero di cani/rifugi presenti sul territorio | <b>Standard OSR 2.6.</b><br>100% di almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile pubblico o privato |

## Quadro strategico, profilo di salute e trend dei fenomeni

La comunità è definita come un gruppo di persone che condivide elementi: per esempio, il luogo di vita, l'identità, la sfera degli interessi o altre circostanze comuni. Comunità è un contesto, nonché un concetto, multidimensionale che richiama subito la complessità di relazioni – orizzontali e verticali – tra le persone, gli ambienti e le molteplici organizzazioni. E, tra queste, vi è anche la Sanità<sup>1</sup>.

Secondo il modello teorico ecologico – modello che Bloch P. et al. ha definito *supersetting approach* (2014) – la comunità locale è il 'setting dei setting' nel quale gli individui ricevono conferme, o disconferme, stimoli in merito agli stili di vita e possono usufruire delle risorse per prevenire danni di salute e migliorare la qualità della propria vita, del benessere psicologico e sociale. È sempre più ampiamente condivisa e scientificamente supportata la convinzione che la salute mentale rappresenta uno dei fattori principali che concorrono alla determinazione della salute e del benessere generale della popolazione<sup>2</sup>.

I principi alla base del modello di Bloch P. et al. sono: integrazione, partecipazione, empowerment, valorizzazione del contesto locale e azioni fondate sulle conoscenze scientifiche e sulla buona pratica. Questi principi hanno orientato la definizione degli obiettivi e delle azioni del programma "Comunità e ambienti di vita". Sono, infatti, previsti:

- **progetti integrati e formalizzati con accordi istituzionali.** Si cita, per esempio, l'intesa tra Assessorato alla Sanità e panificatori per la produzione di pane a ridotto contenuto di sale;
- **interventi sviluppati con i metodi della partecipazione** che coinvolgano decisori locali e popolazione – come, per esempio, giovani, adulti, genitori, nonni, operatori sanitari, commercianti. Si fa riferimento all'organizzazione di eventi di sensibilizzazione – come quello organizzato, nel 2014, in occasione della Settimana mondiale per la promozione della salute mentale – e alle attività della 'Rete regionale degli interventi per i contesti del divertimento notturno';
- **strumenti che accompagnano processi di empowerment** individuale e di comunità attraverso occasioni di apprendimento sociale e la costruzione, e il miglioramento, di competenze. Le azioni regionali di questo programma contemplano, per esempio, la costruzione di una guida – rivolta principalmente a genitori e nonni – per migliorare le scelte di acquisto degli snack consumati dai propri figli e nipoti;
- **attività di ricerca delle migliori conoscenze scientifiche** in campo medico e sociale da divulgare a decisori, operatori della sanità e popolazione. Questo programma punta inoltre al trasferimento delle migliori prove di efficacia sugli interventi precoci da attuare nei primi mille giorni di vita (promozione e sostegno dell'allattamento materno, per esempio) affinché si orientino politiche e scelte individuali. Il programma contempla anche azioni di educazione, di sensibilizzazione e di informazione corretta su temi quali il corretto rapporto uomo/animale;
- **azioni di sostegno e sviluppo di quei progetti locali** che sono diventati una risorsa per gli abitanti dei territori. Si pensi alla diffusione regionale dei gruppi di cammino rivolti agli over 64enni che hanno dimostrato una forte adesione.

Nel campo della prevenzione e della promozione della salute, vi è piena consapevolezza che la realizzazione e la gestione di azioni, così articolate, nella comunità – e con la comunità – non si svolgono secondo una relazione di causa-effetto. Le revisioni sistematiche di studi di letteratura che hanno per esempio valutato l'efficacia degli interventi di comunità per aumentare, nella popolazione generale, i livelli di attività fisica e il consumo di frutta e di verdura, descrivono una serie di azioni-chiave da curare sia per favorire il cambiamento dei comportamenti anche nel lungo termine sia per implementare interventi così complessi (*Everson-Hock ES et al., 2013, Baker et al., 2015*).

Queste azioni-chiave sono confermate infine da una mole di dati di letteratura aggiornata e ricostruita dall'attuazione, in contesti internazionali, di piani di azione, attuati nella e con la comunità, per la prevenzione delle malattie croniche. Questa documentazione supporta i processi di progettazione e di valutazione degli interventi di comunità rivolti, in particolare, alle fasce di età più fragili (0-3 anni e over64), alle donne e a chi vive in situazioni di svantaggio socio-economico<sup>3</sup>. Queste azioni-chiave sono:

- **i professionisti impegnati sul campo fanno la differenza.** È necessario conoscere bene la comunità, condividere strumenti e metodi tra sanità e altri settori. La formazione si conferma un'azione fondamentale;

<sup>1</sup> NICE, 2008 in *Una comunità in salute. Metodi e strumenti*, fact sheet n. 2, DoRS, 2010.

<sup>2</sup> [www.who.int/mental\\_health/evidence/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/)

<sup>3</sup> [www.cdc.gov/healthequidguide](http://www.cdc.gov/healthequidguide), 2013

- **il programma delle attività non va lasciato al caso.** Ottengono buoni risultati le attività riconosciute dalla popolazione come utili, divertenti, in cui si crea un'atmosfera informale e serena. Ecco alcuni esempi: l'apertura di spazi rivolti alle sole donne, l'apertura di servizi gratuiti, o a costi contenuti, per l'infanzia e la famiglia, l'organizzazione di corsi di ginnastica e altre discipline sportive accessibili alle famiglie sia per i costi sia per gli orari;
- **i messaggi di salute, veicolati da parole e immagini, devono essere chiari.** Si è visto, per esempio, che l'utilizzo della sola espressione "5-a-day", per incoraggiare il consumo di frutta e verdura, non era sempre compresa (Everson-Hock ES *et al.*, 2013);
- **meglio puntare sul rinforzo dell'autoefficacia, dell'autostima, del capitale sociale e della resilienza.** Vi sono prove a sostegno della funzione protettiva che questi fattori psicosociali possono esercitare nella prevenzione delle malattie cardiovascolari (WHO, 2015). Si partecipa più volentieri a un corso di ginnastica che sia adeguato alle iniziali capacità motorie o culinarie dei partecipanti.

È complesso definire con precisione il profilo di salute della popolazione che 'vive' il setting comunità, e, come è noto, non solo questo contesto. Si riporta di seguito un quadro dei dati regionali, estratti, dove possibile, dai sistemi di sorveglianza oggi a regime che spiegano la scelta degli obiettivi e delle azioni di questo programma.

## Il profilo di salute

Nonostante i frequenti contatti con il sistema sanitario, delle azioni di prevenzione e di promozione della salute da attuarsi da prima del concepimento fino ai primi anni di vita, non si dispone ancora di dati raccolti con modalità che consentano di cogliere l'andamento regionale di queste azioni. Si riportano pertanto dati puntuali sull'**allattamento materno** e sul progetto "Nati per leggere". Nel periodo dal 2000 al 2005, dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), si è registrato un costante incremento dell'allattamento esclusivo. Questo risultato è stato raggiunto con il progetto regionale "Promozione e sostegno dell'allattamento al seno", avviato negli anni 1997-98 su tutto il territorio regionale e che ha coinvolto tutte le figure a contatto con la gravida e la neomamma: ostetriche e ginecologi, infermiere, puericultrici e assistenti sanitarie, neonatologi e pediatri di famiglia, psicologhe e neuropsichiatri infantili, operatori socio sanitari (Rapporto regionale, maggio 2007). In merito alle azioni volte a promuovere la lettura ad alta voce ai bambini, la Regione Piemonte ha aderito, sin dagli inizi, al progetto nazionale "Nati per leggere" e, a quasi dieci anni dall'avvio, la realtà piemontese è la più attiva in Italia per numero di bambini e famiglie contattate, numero di operatori, di Comuni, asili e scuole coinvolte<sup>4</sup>.

Nonostante l'importante riduzione dei tassi e degli indici di mortalità da **incidenti stradali**, in Piemonte la dimensione del problema continua a essere rilevante. Nel 2011, il tasso regionale di mortalità per incidenti stradali è stato di 7,6 per 100.000 abitanti – superiore alla media nazionale di 7,1, già superiore, a sua volta, alla media dei paesi europei occidentali: 6,9 in Italia nel 2010; 5,6 in Europa occidentale (HFA Europe, 2013) –. Alla problematica situazione regionale, ha contribuito l'arresto del trend in discesa del numero di morti, che, nel 2010 e 2011, era in aumento. Anche gli indicatori di carico di disabilità sono in aumento dal 2010. Come conseguenza, il carico assistenziale ospedaliero correlato risulta sempre di particolare rilievo, sia per quanto riguarda i ricoveri ordinari sia, e in misura ancora maggiore, per quanto riguarda la riabilitazione in regime di day-hospital. Acquisiscono rilevanza in ottica preventiva le fasce di utenti vulnerabili.

Per quanto riguarda la prevenzione degli incidenti stradali e dei loro esiti, in Piemonte l'uso dei dispositivi di sicurezza stradali è buono e generalmente più diffuso rispetto a quanto osservato in Italia: oltre il 90% della popolazione tra 18 e 69 anni usa sempre la cintura anteriore ed il casco, l'80% dichiara di utilizzare, e senza difficoltà, il dispositivo di sicurezza per bambini tra 0 e 6 anni; rimane però insoddisfacente l'uso della cintura di sicurezza posteriore (la utilizza "sempre" solo il 30% della popolazione tra 18 e 69 anni), per il quale non si osserva un miglioramento e sostanziale del valore regionale ed esistono differenze anche rilevanti tra le ASL (range dal 16% della ASL TO4 al 50% della ASL CN1).

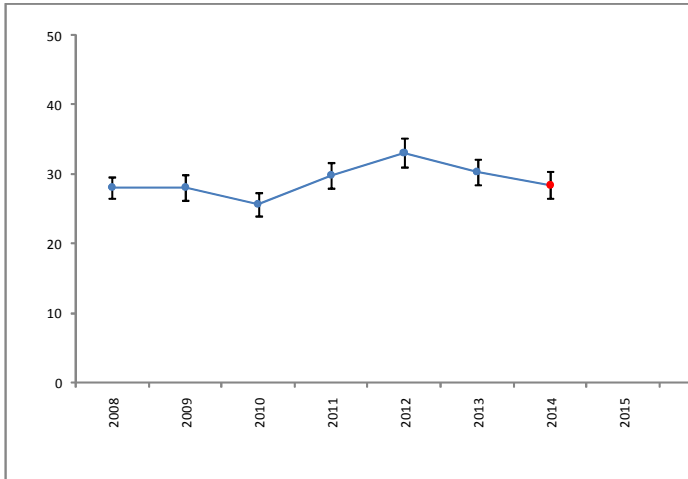
Tra gli adulti non astemi circa 1 conducente su 10 ammette di aver guidato sotto l'effetto dell'**alcol** negli ultimi 30 giorni; il fenomeno è significativamente più diffuso tra i bevitori *binge* e tra quelli con consumo abituale elevato (1 persona su 4), mentre è inferiore (6,5%) tra i guidatori di 18-21 anni, età in cui l'alcolemia alla guida non dovrebbe mai essere superiore a zero. Tra i guidatori di età compresa tra 18 e 69 anni i fermati dalle Forze dell'Ordine

<sup>4</sup> <http://www.regione.piemonte.it/cultura/cms/nati-per-leggere-piemonte/i-singoli-progetti.html>

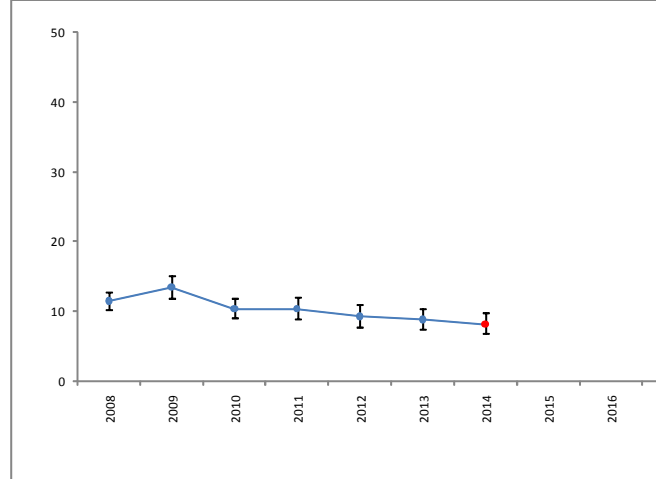
nell'ultimo anno risultano 1 su 3, i sottoposti ad etilotest 5 su 100. Questi controlli risultano ben indirizzati verso coloro che hanno comportamenti non corretti: l'etilotest risulta 3 volte più frequente (circa 15%) tra coloro che dichiarano guida sotto l'effetto dell'alcol o assunzione di alcol a rischio. Le persone con consumo abitualmente elevato attualmente rappresentano il gruppo a rischio controllato meno frequentemente (sottoposti ad etilotest: 7%). La guida sotto l'effetto dell'alcol risulta in diminuzione, ma in questo cambiamento si osservano differenze socio demografiche da tenere in considerazione per le azioni future.

**Figura 1.** Uso delle cinture posteriori.

Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto (in città e fuori), e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono: "sempre". Prevalenze (%) annuali 2008-2014. Piemonte



Prevalenza di persone 18-69 anni non astemie che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. Prevalenze (%) annuali 2008-2014. Piemonte



La sorveglianza PASSI stima che in ambito domestico poco meno del 4% della popolazione tra 18 e 69 anni (corrispondenti a più di 110mila persone) subisca in un anno un infortunio per il quale deve fare ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale. Nonostante ciò in quella classe di età il 95% della popolazione ritiene che la possibilità di **infortunio in ambito domestico** sia assente o bassa e solo 2 persone su 10 riferiscono di avere ricevuto nell'ultimo anno informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici (e, tra di esse, poco più di 1 su 10 le ha ricevute da operatori sanitari).

Le **cadute delle persone anziane** sono tra gli infortuni più frequenti e con le più pesanti conseguenze in termini di perdita di salute e autonomia. In Piemonte nel 2012 Passi d'Argento ha stimato che tra le persone con 65 anni e più 1 su 10 sia caduta negli ultimi 30 giorni e che a seguito della caduta più di 1 persona su 10 sia stata ricoverata. La maggior parte delle cadute (62%) è avvenuta in casa, principalmente in bagno e in camera da letto, il 20% delle cadute è avvenuto in strada, il 10% in giardino.

Oltre il 90% della popolazione piemontese (e italiana) dichiara una condizione di salute buona o discreta (*La salute in Piemonte nell'opinione dei suoi abitanti*, 2014). Peggiora l'indice di salute mentale, in particolare fra gli uomini, sia in Piemonte che in Italia.

La diffusione delle patologie croniche si mantiene stabile nel tempo fra gli uomini, mentre cresce leggermente fra le donne, sia in Italia che in Piemonte. Il 14% degli uomini e il 12,5% delle donne piemontesi ha almeno una patologia cronica grave. Il Piemonte presenta una condizione di vantaggio rispetto alla media nazionale, sia nella popolazione generale, sia nella popolazione anziana.

Gli **stili di vita della popolazione giovane-adulta** sono stati presentati in maniera sintetica nell'apposito paragrafo del profilo di salute e descrivono una popolazione non omogenea ma complessivamente poco attiva, con problemi di sovrappeso, con insufficiente consumo di frutta e verdura e con cambiamenti generazionali sul consumo a rischio di alcol.

Nella **popolazione over 64 anni** i fattori di rischio comportamentali – quali fumo, consumo di alcol a rischio, eccesso ponderale – presentano prevalenze in diminuzione rispetto alle età più giovanili e una diffusione che mostra differenze maggiormente legate alle condizioni di salute che alle condizioni socioeconomiche. Nella popolazione di questa età poco più di 1 persona su 10 riferisce almeno 3 patologie croniche, altrettanti problemi sensoriali o cadute nell'ultimo mese. Le persone over 64 anni che svolgono un lavoro retribuito sono attualmente molto poche (7%), anche se sicuramente destinate ad aumentare per la recente entrata in vigore della riforma sulla pensioni.

Età inferiore ai 75 anni, scolarità elevata e buone condizioni di salute si associano ad una maggiore probabilità di svolgere attività di socializzazione o di formazione personale. In Piemonte queste attività risultano complessivamente più diffuse rispetto al pool nazionale, anche se si mantengono forti differenze tra quelle di partecipazione (34% ad attività sociali in un settimana tipo, 23% a gite o soggiorni organizzati nell'ultimo anno) e quelle di formazione (7% un corso nell'ultimo anno). Anche essere risorsa per le persone non conviventi (16%) o svolgere attività di volontariato (5%) risultano azioni svolte con maggiore frequenza da persone con un'età non troppo elevata ed in buone condizioni di salute. Essere risorsa per i conviventi ha una analoga diffusione (17%) ma il carattere peculiare di questa azione si evince dall'essere svolta in maniera maggiore dalle donne, dalle persone con difficoltà economiche e dall'essere effettuata dalle persone a rischio di disabilità con frequenza analoga a quelle in buona salute.

A differenza delle attività che riguardano la sfera individuale, maggiormente diffuse in Piemonte, quelle relative all'essere risorsa per la collettività non mostrano differenze con il pool nazionale. Poiché nessuna delle attività indagate coinvolge la metà della popolazione over 64anni, o almeno di un suo sottogruppo, appare evidente come il percorso auspicato dalle indicazioni internazionali per un invecchiamento attivo sia ancora molto lungo e richieda l'impegno di tutti.

È sempre più ampiamente condivisa e scientificamente supportata la convinzione che la **salute mentale** rappresenti uno dei fattori principali che concorrono alla determinazione della salute e del benessere generale della popolazione. Complessivamente, i disturbi mentali determinavano una compromissione dell'attività lavorativa e della qualità di vita pari o superiore a quella causata dalla presenza dei disturbi fisici cronici esaminati nel medesimo studio (artrite/reumatismi, malattie cardiache, malattie polmonari, diabete, disturbi neurologici). Studi recenti mostrano che esiste un problema di sottoutilizzo, da parte di coloro che soffrono di disturbi mentali comuni, dei servizi sanitari in generale e dei servizi per la salute mentale in particolare. Infatti, tra le persone affette da un qualsiasi disturbo mentale solo una minoranza si rivolge a un servizio sanitario. Data la rilevanza del fenomeno relativo ai disturbi mentali è importante sensibilizzare la popolazione al tema della salute mentale in modo tale da contrastare lo stigma e favorire l'accesso ai servizi (La salute in Piemonte nell'opinione dei suoi abitanti, 2014).

Il settore degli **animali da affezione** evolve rapidamente con l'affermarsi di tecniche d'impiego degli animali in attività assistenziali, terapeutiche e di soccorso che determinano un consolidamento del rapporto uomo animale sia in termini di affettività che di attività congiunta. Si registra un sensibile incremento della sensibilità collettiva per gli animali da affezione che giustifica il crescente interesse manifestato dall'ambiente politico-istituzionale: la conferenza Stato-Regioni ha prodotto atti di indirizzo per la regolamentazione della pet therapy e la Regione Piemonte (L.R. 4/2009) atti normativi per la promozione del corretto rapporto uomo animale, detenzione consapevole, benessere di animali e cittadini, prevenzione delle aggressioni. In Piemonte, l'attuazione dei disposti normativi di riferimento (Legge 281/1991, L.R. 34/1993) ha determinato la copertura dell'intero territorio con adeguata distribuzione di canili di prima accoglienza (sanitari pubblici e privati) e canili rifugi; l'istituzione dell'Anagrafe canina regionale con la L.R. 18/2004 ha consentito il raggiungimento di standard qualitativi elevati per il controllo del fenomeno randagismo e controllo della rabbia canina. Il dato relativo alla proporzione fra cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati (indicatore centrale 10.08.02) si assesta per il 2013 al 54,4% a livello regionale, con divergenze sensibili a livello locale. L'analisi dei dati storici sull'indicatore in esame nel periodo 2006-2013 (tabella 1) palesa l'efficacia delle strategie messe in atto per il controllo del fenomeno nel lungo periodo. L'obiettivo raggiunto del 54,4%, considerato baseline per l'indicatore al 2013, prudenzialmente viene considerato non suscettibile di scostamenti significativi nel quadriennio di applicazione del presente Piano, ma comunque in lenta e progressiva crescita.

| 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012   | 2013  | 2014   |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| 37,2% | 39,4% | 37,3% | 39,2% | 41,7% | 45,7% | *49,3% | 54,4% | *54,4% |

**Tabella 1.** Proporzioni cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati.

\*dato incompleto.

La prevenzione del randagismo canino è l'azione determinante per il controllo della rabbia, prima e principale zoonosi di interesse nella sanità pubblica. L'aumento costante della popolazione di animali sinantropi sul territorio (dato oggettivamente rilevabile dalle anagrafi degli animali e dai dati ambientali) necessita strategie basate su attività di formazione congiunta con gli altri settori regionali che promuovono educazione sanitaria, su azioni per il miglioramento del sistema di vigilanza sulle strutture deputate al ricovero degli animali randagi, sul perfezionamento del sistema di registrazione anagrafica (*vedi programma Governance*) e sulla revisione dei sistemi di sorveglianza che integrino i programmi di prevenzione sulla rabbia con altri relativi a malattie zoonotiche emergenti (*vedi programma Malattie trasmissibili*).

Questo programma, in particolare, prevede il coinvolgimento regionale e locale della struttura Promozione della Salute e di almeno i seguenti settori/servizi sanitari: Materno infantile, Salute Mentale, SIAN, Medicina dello Sport, Servizi veterinari (A/C), SISP, Distretti, che saranno coinvolti nelle diverse azioni sulla base delle specificità territoriali e delle esperienze già svolte.

## Continuità con il precedente PRP, quadro normativo, sinergie, strategie selezionate

Obiettivi e attività del programma sono in continuità con il PRP 2010-2014 e in particolare con i programmi relativi alla promozione di stili di vita salutari nelle comunità di vita e di lavoro, incidenti stradali, incidenti domestici.

Obiettivi e azioni che si svilupperanno con il PRP 2015-2018 tengono in considerazione e proseguono quanto sviluppato con i PLP 2013 e con le attività programmate a livello locale per il 2014.

I precedenti PLP hanno, principalmente, lavorato, su:

- l'esistenza e/o la formazione di gruppi aziendali multidisciplinari coerenti con il programma Guadagnare Salute Piemonte;
- la valorizzazione delle risorse esistenti e la creazione di reti a livello locale;
- lo sviluppo delle competenze degli operatori;
- la partecipazione a progetti CCM quali ad esempio "Azioni per la Carta di Toronto";
- l'interesse/impegno a rafforzare la comunicazione aziendale: newsletter e spazi web su stili di vita, social network, organizzazione di eventi stabili annuali, comunicazione e diffusione dei dati delle sorveglianze;
- l'utilizzo dei contesti aggregativi (Centri per anziani, Centri o spazi per adolescenti, eventi/feste, ...) per diffondere informazioni su stili di vita salutari.

### Quadro normativo

Health 2020, Patto europeo per la salute Mentale Helsinki 2005, Piano nazionale per la salute mentale 2013, Mental Health Action Plan 2013-2020, DGR. Linee guida regionali Percorso nascita 2008, DGR 349/99 e successive modifiche e integrazioni: "Agenda di gravidanza" e "Agenda di salute del bambino", Accordo Stato Regioni dicembre 2012 sul percorso nascita, Convenzione con i PdF/MMG, Delibera La sorveglianza delle morti improvvise 0-2 anni in Piemonte, Delibere asili nido, Codice della Strada, Piano Regionale della Sicurezza Stradale (PRSS) del Piemonte, Global status report on road safety 2013, Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati n. 125 del 2001, Verso uno spazio europeo della sicurezza stradale: orientamenti 2011-2020 per la sicurezza stradale, Commissione Europea 2010.

**Sinergie con altri programmi del PRP 2014-2018:** Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro, Guadagnare Salute Piemonte - Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario.

**Sinergie con altri programmi regionali, nazionali o europei:** Programmi dei Dipartimenti delle Dipendenze così come previsto dal PARD - Piano di Azione Regionale delle Dipendenze 2012-2015 (azione 4.1.3; azione 4.4.1), Rete Città Sane, programma Genitori più, progetto Pensiamoci prima, Scuole che promuovono salute.

**Strategie selezionate:** modello socioecologico, salutogenesi, empowerment e partecipazione attiva, marketing sociale, Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica e investimenti che funzionano, *capacity building*, moltiplicatori di salute, approccio sistema sicuro.

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva

A partire dalle azioni realizzate con il percorso compiuto con i precedenti PRP – come, per esempio, l'analisi delle iniziative di promozione della salute, e nello specifico dell'attività fisica, attuate nei territori locali non solo dalla Sanità, e la costruzione di un repertorio di strumenti quanti e qualitativi per attuare interventi sul territorio (in [www.dors.it](http://www.dors.it)) – gli obiettivi che si intende ora perseguire si possono così sintetizzare:

- **stipulare accordi quadro e realizzare progetti pilota** con associazioni e imprese alimentari per la riduzione del contenuto di sale nel pane;
- **attivare e/o consolidare collaborazioni:**
  - con le associazioni di artigiani che operano nelle case e nei luoghi del tempo libero per diffondere informazioni sul corretto utilizzo delle attrezzature e degli impianti per ambienti di vita sicuri;
  - con le strutture di riferimento per gli anziani (centri ricreativi, sindacati di categoria, RSA, ...) per concordare e attivare momenti informativi sui rischi domestici;
- **favorire una lettura consapevole delle etichette dei prodotti confezionati** attraverso la messa a disposizione di informazioni e strumenti;
- **favorire l'adozione di uno stile di vita attivo** attraverso:
  - la diffusione della "Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica";
  - la messa a disposizione di strumenti di progettazione e di valutazione per i "walking programs"
  - il consolidamento e la messa a sistema, sul territorio regionale, dei progetti di "walking programs" e in particolare dei gruppi di cammino per gli over64;
- **mettere a sistema e far circolare informazioni e buone pratiche sul 'sostegno alla genitorialità'** per:
  - sviluppare azioni e politiche mirate;
  - promuovere comportamenti favorevoli al benessere dei neonati e dei bambini attraverso l'accrescimento delle conoscenze e delle competenze dei genitori;
- **sviluppare iniziative e progetti di empowerment** attraverso:
  - azioni di sensibilizzazione (eventi, pubblicazioni di materiale informativo divulgativo,...) in occasione delle giornate tematiche celebrate dall'OMS;
  - una rete regionale di programmi di empowerment di comunità locale per contrastare il consumo di alcol a rischio nei contesti ricreativi e i comportamenti di guida in stato di ebbrezza alcolica e l'attivazione di progetti multi-componente;
- **prevenire il randagismo** attraverso:
  - attività di informazione e divulgazione rivolta a proprietari di animali, professionalmente e non professionalmente esposti, popolazione sensibile;
  - verifica e revisione dei dati di identificazione presenti nella banca dati anagrafe canina regionale, aggiornamento ed allineamento delle informazioni, adeguamento dei sistemi di elaborazione e standardizzazione dei programmi di vigilanza sulle strutture di ricovero dei cani senza proprietario;
  - incentivazione delle iscrizioni in anagrafe.



## Crono programma di massima

|   | 2015  | 2016   | 2017  | 2018  |
|---|---|--|---|---|
| <b>OSR 2.1</b><br><b>Azione 2.1.1</b><br>Linee guida per l'adozione della "Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica" | - riunioni gruppo di lavoro<br>- ricerca e analisi delle esperienze locali e nazionali di adozione della Carta di Toronto   | - riunioni gruppo di lavoro<br>- ricerca e analisi delle esperienze locali e nazionali di adozione della Carta di Toronto<br>- elaborazione Linee guida per l'adozione della Carta di Toronto  | - diffusione delle Linee Guida  |   |
| <b>OSR 2.1 - 2.2 - 2.4</b><br><b>Azione 2.1.2</b><br>Primi 1.000 giorni: quali azioni, quali politiche                              | - indice profilo di salute primi 1.000 giorni<br>- produzione strumento per decisori<br>- progettazione modulo formativo nidi<br>- modello studio trasferibilità progetto di sviluppo di comunità                 | - redazione di un profilo di salute<br>- produzione di uno strumento di comunicazione e sua diffusione<br>- corso operatori nidi<br>Report intermedio studio trasferibilità  | - redazione profili di salute<br>- produzione di uno strumento di comunicazione e sua diffusione<br>- corso operatori nidi<br>Report studio trasferibilità  | - redazione profili di salute<br>- diffusione strumenti di comunicazione prodotti<br>- corso operatori nidi<br>- proposte per scalabilità progetti  |
| <b>OSR 2.1</b><br><b>Azione 2.1.3</b><br>Ambienti sicuri  | - presentazione dell'iniziativa e diffusione delle informazioni con i soggetti interessati  | - incontri specifici per definire collaborazioni e accordi con i referenti di associazioni/uffici tecnici  | - convenzioni/accordi<br>- elaborazione e programmazione degli incontri di formazione   | - realizzazione percorsi formativi  |
| <b>OSR 2.2</b><br><b>Azione 2.2.1</b><br>Come leggere l'etichetta dei prodotti confezionati per bambini: una guida all'uso          | - inserimento etichette nella Banca dati regionale  | - inserimento etichette nella Banca dati regionale<br>- Corso di formazione regionale per operatori SIAN   | - elaborazione guida  | - diffusione guida  |
| <b>Azione 2.2.2</b><br>Incidenti domestici: quali informazioni  | - definizione delle collaborazioni con i diversi portatori d'interesse<br>- elaborazione del percorso informativo   | - attivazione percorso informativo sperimentale  | - attivazione percorsi informativi  | - attivazione percorsi informativi  |
| <b>OSR 2.3</b><br><b>Azione 2.3.1</b><br>Con meno sale la salute sale   | - definizione e stampa di materiale per la comunicazione<br>- incontri informazione/formazione nelle ASL indirizzati a panificatori e MMG   | - interventi di sensibilizzazione nella ristorazione collettiva<br>- incontri informazione/formazione nelle ASL indirizzati a panificatori e MMG   | - attività di implementazione progetto, monitoraggio/valutazione  | - attività di monitoraggio/valutazione  |
| <b>OSR 2.4</b><br><b>Azione 2.4.1</b><br>Rete regionale interventi nel contesto dei divertimento notturno                           | - formalizzazione Rete<br>- riunioni della Rete per la condivisione di strategie per la costruzione di alleanze locali, obiettivi, conoscenze, metodologie e strumenti<br>- attivazione progetti multi-componente | - riunioni della Rete per la condivisione di strategie per la costruzione di alleanze locali, obiettivi, conoscenze, metodologie e strumenti<br>- sperimentazione dell'utilizzo di Social Network e APP specifiche<br>- attivazione progetti multi-componente                        | - riunioni della Rete per la condivisione di strategie per la costruzione di alleanze locali, obiettivi, conoscenze, metodologie e strumenti<br>- sperimentazione dell'utilizzo di Social Network e APP specifiche<br>- attivazione progetti multi-componente | - riunioni Rete per condivisione strategie per costruzione di alleanze locali, obiettivi, conoscenze, metodologie, strumenti<br>- ampliamento rete ASL aderenti<br>- sperimentazione utilizzo di Social Network e APP specifiche<br>- attivazione progetti multi-componente |
| <b>Azione 2.4.2</b><br>Save the date  | - realizzazione di eventi a carattere regionale o locale<br>- predisposizione documenti divulgativi di approfondimento/aggiornamento<br>- diffusione dei documenti sui siti istituzionali                         | - realizzazione di eventi a carattere regionale o locale<br>- predisposizione documenti divulgativi di approfondimento/aggiornamento<br>- diffusione dei documenti sui siti istituzionali  | - realizzazione di eventi a carattere regionale o locale<br>- predisposizione documenti divulgativi di approfondimento/aggiornamento<br>- diffusione dei documenti sui siti istituzionali   | - realizzazione di eventi a carattere regionale o locale<br>- predisposizione documenti divulgativi di approfondimento/aggiornamento<br>- diffusione dei documenti sui siti istituzionali   |
| <b>OSR 2.5</b><br><b>Azione 2.5.1</b><br>Walking programs   | - riunioni gruppo di lavoro<br>- ricerca e analisi di metodi e strumenti per l'elaborazione del Piano di valutazione<br>- incontri con enti/associazioni per la programmazione di gruppi di cammino over64        | - riunioni gruppo di lavoro<br>- elaborazione del Piano di valutazione<br>- attivazione gruppi di cammino over64   | - riunioni gruppo di lavoro<br>- sperimentazione del Piano di valutazione nei progetti di walking programs attivati a livello locale<br>- mantenimento dei gruppi di cammino over64   | - riunioni gruppo di lavoro<br>- sperimentazione del Piano di valutazione nei progetti di walking programs attivati a livello locale<br>- mantenimento dei gruppi di cammino over64   |
| <b>OSR 2.6</b><br><b>Azione 2.6.1</b><br>Rapporto uomo-animale: strategie d'informazione e attività di controllo                    | - individuazione delle criticità relativamente al sistema di registrazione dati in ingresso<br>- movimentazioni ed elaborazione dati  | - definizione del programma di revisione e aggiornamento delle anagrafi degli animali da affezione<br>- definizione di programma straordinario di vigilanza sulle strutture di accoglienza e ricovero animali randagi<br>- rilancio azioni per incentivare le iscrizioni in anagrafe | - attuazione del programma di revisione dell'anagrafe regionale informatizzata<br>- prosecuzione programma straordinario di vigilanza sulle strutture di ricovero dei cani<br>- prosecuzione delle azioni incentivanti le iscrizioni                          | - verifica di efficacia e consolidamento delle attività programmate   |

## Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma

- cambiamenti normativi
- risorse umane e strumentali a disposizione
- grado di coinvolgimento e di partecipazione dei diversi interlocutori esterni alla sanità
- sinergie e integrazioni di programmi con le altre direzioni regionali con cui si potrebbe interagire.

## Monitoraggio e contrasto disuguaglianze

Tra i fattori di rischio bersaglio degli obiettivi considerati in questo programma, dall'analisi dei dati piemontesi e di altre fonti di letteratura emerge che sono diversi i fattori di rischio per i quali le disuguaglianze sociali hanno una significativa frazione attribuibile alle disuguaglianze sociali (FADS): alimentazione scorretta ed alto consumo di grassi animali (circa 30%), inattività fisica (circa 20%), sovrappeso e soprattutto obesità (circa 30% negli uomini e 45% nelle donne), fumo (21% nei maschi e 15% nelle donne) e soprattutto i forti fumatori (50% nei maschi e 31% nelle donne), l'alcol (circa 12% nei maschi e -24% nelle donne, con uno svantaggio a carico delle più istruite) (fonte dati: Aspetti della Vita Quotidiana 2009-2012 e PASSI 2008-2013). Questo si traduce, per i suddetti fattori, in un forte impatto sulla prevalenza nella popolazione generale nel caso in cui si intervenisse con programmi atti a ridurre le disuguaglianze nell'esposizione (percentuale di riduzione della prevalenza del problema qualora si eliminassero le disuguaglianze di esposizione al fattore di rischio): per quanto riguarda l'attività fisica, una riduzione della prevalenza di inattivi del 11%; per il fumo, una riduzione del 4,3% dei fumatori e del 4,2% dei forti fumatori; per l'allattamento al seno, una riduzione delle madri che non allattano del 3,5%, con una riduzione del problema a livello di popolazione generale dello 0,2%; per l'alimentazione, una riduzione del 2,4% dell'insufficiente consumo di frutta e verdura, dello 0,5% per il consumo troppo frequente di carne, del 4,7% per il consumo scorretto di grassi; per l'alcol una riduzione dello 0,4% dei consumatori abituali; per l'uso dei dispositivi di sicurezza alla guida, una riduzione dello 0,5% dei non utilizzatori di cinture di sicurezza posteriori. Per quanto riguarda la guida in stato di ebbrezza, se si eliminassero le disuguaglianze la percentuale di persone che guidano sotto effetto dell'alcol salirebbe dell'1,4%, motivo per cui bisognerà concentrarsi su azioni di prevenzione ad hoc per i maggiormente istruiti.

Tutte le azioni previste dal programma saranno sottomesse entro il 2015 ad un esercizio rapido di *health equity audit* per identificare se ci sono esigenze di miglioramento dell'allocazione degli interventi per venire incontro alla distribuzione sociale del rischio. Le azioni relative ai fattori di rischio sedentarietà, sovrappeso e alimentazione scorretta, che hanno un impatto importante sulle disuguaglianze in Piemonte, saranno sottomesse ad un *health equity audit* più approfondito che si preoccuperà non solo di revisionare e correggere l'allocazione degli interventi in funzione del rischio, ma anche di revisionare l'efficacia attesa degli interventi per le diverse categorie di vulnerabilità sociale delle rispettive popolazioni bersaglio, al fine di modificarne il disegno e modalità d'intervento in caso di accertata minore efficacia tra i soggetti più vulnerabili.

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| Azione 2.1.1<br><b>Linee guida per l'adozione della "Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica"</b> | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>   |   |  | <b>OSR cui si riferisce</b>   |
|   | Favorire l'adozione della Carta di Toronto attraverso l'elaborazione di Linee guida regionali, ricercando e studiando la trasferibilità delle esperienze locali e nazionali.<br>Le attività di ricerca e scrittura delle Linee guida saranno realizzate da un gruppo di lavoro regionale formato da rappresentanti della Rete Attività fisica Piemonte (RAP) e dal gruppo Guadagnare Salute Piemonte (GSP) Comunità e ambienti di lavoro. Le Linee guida saranno diffuse attraverso i siti e i canali istituzionali. |   |  | <b>OSR 2.1.</b><br>trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – agli operatori e ai decisori per orientare le azioni e le politiche |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale   |   |  |   |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2017  |   |  |   |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                   |  |   |
|   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>   | <b>2017</b>                            | <b>2018</b>   |
| N. riunioni gruppo di lavoro  | Almeno 2 riunioni del gruppo di lavoro   | Almeno 2 riunioni del gruppo di lavoro                      | Almeno 1 riunione del gruppo di lavoro | -----   |
| Linee guida per l'adozione della Carta di Toronto   | Ricerca e analisi di materiali e documenti   | Linee guida per l'adozione della Carta di Toronto elaborate | Diffusione delle Linee guida           | -----   |

|  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| <p>Azione 2.1.2<br/><b>Primi 1.000 giorni: quali azioni, quali politiche</b></p> | <p><b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b><br/>Sviluppare la strategia lifecourse degli interventi precoci di prevenzione e promozione della salute nei "primi mille giorni".<br/>Si procederà alla redazione di un "profilo di salute" per la fascia pre-concezionale, concezionale e 0-6; in relazione ai temi e contenuti individuati come prioritari nel profilo di salute, verranno elaborati, a livello regionale e locale, strumenti informativi concisi ed efficaci, come ad esempio i policy brief, per sensibilizzare decisori e stakeholders sull'importanza degli interventi precoci, da attuarsi nei primi 1.200 giorni di vita, che possono aumentare i fattori di protezione nello sviluppo del bambino/futuro adulto e ridurre le disuguaglianze; verrà inoltre concordato un intervento di formazione nei confronti degli operatori degli asili nido per il rafforzamento delle loro competenze come moltiplicatori dell'azione preventiva nei confronti delle famiglie; saranno inoltre seguiti alcuni progetti di sviluppo di comunità in corso ad opera di diversi soggetti (comuni, fondazioni,...) in modo da analizzarne gli elementi di successo e verificarne la scalabilità. L'azione sarà coordinata dal gruppo di lavoro regionale "Genitori + e interventi precoci".</p> |  |  |  | <p><b>OSR cui si riferisce</b><br/><b>OSR 2.1.</b><br/>Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – agli operatori e ai decisori per orientare le azioni e le politiche<br/><b>OSR 2.2.</b><br/>Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte<br/><b>OSR 2.4.</b><br/>Sviluppare iniziative e progetti di empowerment</p> |  |  |  |
|  | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale</p>  |  |  |  |   |  |  |  |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |  |  |  |   |  |  |  |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>   |  |  |   |  |  |  |
|  |  | <p><b>2015</b></p>   | <p><b>2016</b></p>   | <p><b>2017</b></p>   | <p><b>2018</b></p>  |  |  |  |
|  | <p>Redazione di un profilo di salute "primi 1000 giorni"</p>   | <p>Disponibile l'indice del profilo</p>  | <p>Profilo disponibile in un dipartimento materno-infantile (DMI)</p>                            | <p>Profilo disponibile nel 50% dei DMI</p>   | <p>Profilo disponibile nel 70% dei DMI</p>  |  |  |  |
|  | <p>Numero di strumenti informativi prodotti</p>  | <p>Almeno uno strumento prodotto</p>   | <p>Almeno uno strumento prodotto</p>   | <p>Almeno uno strumento prodotto</p>   | <p>-----</p>  |  |  |  |
| <p>Valorizzazione e diffusione degli strumenti prodotti</p>                      | <p>-----</p>   | <p>Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito ed una newsletter regionale</p> | <p>Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito ed una newsletter regionale</p> | <p>Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito ed una newsletter regionale</p> |   |  |  |  |
| <p>Formazione per educatori di asili nido</p>                                    | <p>Progettazione del modulo formativo</p>  | <p>Almeno 1 edizione del corso</p>   | <p>Almeno 1 edizione del corso</p>   | <p>Almeno 1 edizione del corso</p>   |   |  |  |  |
| <p>Studio di "trasferibilità" progetti di sviluppo di comunità</p>               | <p>Report su definizione modello di analisi e selezione progetti</p>   | <p>Report intermedio</p>   | <p>Report finale</p>   | <p>-----</p>   |   |  |  |  |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Azione 2.1.3<br><b>Ambienti sicuri</b>  | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b><br>Creare una rete di tecnici sensibili ai problemi della prevenzione che, operando nelle case (ristrutturazioni e manutenzione) e nei luoghi del tempo libero (parchi gioco e palestre), sfruttino l'occasione per informare gli utenti sul corretto utilizzo degli impianti, divenendo moltiplicatori delle azioni preventive.<br><br>Si prevede di:<br>- attivare e/o consolidare la collaborazione con le associazioni degli artigiani e degli impiantisti perché i nuovi impianti e i lavori di manutenzione siano accompagnati da informazioni agli utenti sul corretto utilizzo e sui rischi possibili;<br>- collaborare con i tecnici dei Comuni perché sia posta attenzione alla sicurezza delle attrezzature presenti nei parchi giochi per i bambini;<br>- collaborare con i gestori delle palestre perché sia posta attenzione alla sicurezza delle attrezzature e degli impianti;<br>- stipulare convenzioni/accordi con le associazioni interessate e con i Comuni per la diffusione di buone pratiche anche attraverso momenti di formazione ad hoc. |  |  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 2.1.</b><br>Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – agli operatori e ai decisori per orientare le azioni e le politiche |
| <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale   |  |  |  |  |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |  |  |  |  |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |  |  |  |
|   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>  | <b>2017</b>  | <b>2018</b>  |
| N. incontri con i responsabili delle associazioni/uffici tecnici per definire collaborazioni e attività | Invio informative sull'obiettivo   | Almeno 2 incontri con i referenti di associazioni/uffici tecnici | Firma convenzioni/ accordi e programmazione incontri di formazione | -----  |
| N. di percorsi formativi realizzati   | -----  | -----  | -----  | Realizzazione di almeno due percorsi formativi   |

|  |   |   |                        |                               |   |             |
|--|---|---|------------------------|-------------------------------|---|-------------|
| Azione 2.2.1<br><b>Come leggere l'etichetta dei prodotti confezionati per bambini: una guida all'uso</b> | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>  |   |                        |                               | <b>OSR cui si riferisce OSR 2.2.</b><br>Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte |             |
|  | Favorire una lettura consapevole delle etichette attraverso:<br>- l'aggiornamento della Banca dati regionale delle etichette dei prodotti confezionati (raccolte nell'ultima edizione di "OKkio alla salute");<br>- la realizzazione di un corso di formazione regionale per operatori SIAN, delle varie ASL del Piemonte, che si occupano di nutrizione;<br>- l'elaborazione di materiale informativo (Guida) per i consumatori (genitori e nonni) e sua divulgazione.<br><br>L'aggiornamento della Banca dati e il corso di formazione saranno effettuati dall'ASL TO3 (ASL capofila). La guida sarà costruita da un gruppo di lavoro regionale, da costituirsi, coordinato dall'ASL TO3. |   |                        |                               |   |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale   |   |                        |                               |   |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |                        |                               |   |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                           |                        |                               |   |             |
|  |   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>            | <b>2017</b>                   |   | <b>2018</b> |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Etichette caricate in Banca dati</b>                                 | <b>Caricamento del 50% delle etichette raccolte</b>   | <b>Completamento del caricamento di tutte le etichette raccolte</b> | -----                  | -----                         |   |             |
| Corso di formazione  | -----   | Erogazione corso  | -----                  | -----                         |   |             |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Guida per la lettura ragionata dell'etichetta</b>                    | -----   | -----   | <b>Guida elaborata</b> | <b>Diffusione della Guida</b> |   |             |

|  |  |  |   |   |   |             |
|--|--|--|---|---|---|-------------|
| Azione 2.2.2<br><b>Incidenti domestici: quali informazioni</b>           | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>   |  |   |   | <b>OSR cui si riferisce OSR 2.2.</b><br>Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte |             |
|  | Attivare percorsi informativi presso le strutture che accolgono gli anziani nel tempo libero – ad esempio i centri ricreativi – o presso le strutture residenziali, per aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione.<br><br>Si prevede di organizzare e attivare, a livello locale, interventi informativi rivolti agli anziani sui rischi domestici, attraverso la collaborazione dei centri per anziani e dei sindacati di categoria. |  |   |   |   |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale  |  |   |   |   |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |  |   |   |   |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |   |   |   |             |
|  |  | <b>2015</b>  | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   |   | <b>2018</b> |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>N. percorsi informativi attivati</b> | <b>Contatti con le strutture interessate</b>   | <b>Attivazione di almeno 1 percorso informativo sperimentale nel 50% delle ASL</b> | <b>Attivazione di almeno 1 percorso informativo in tutte le ASL</b> | <b>Attivazione di almeno 1 percorso informativo nel 50% dei distretti delle ASL</b> |   |             |

|   |  |   |                                 |   |
|---|--|---|---------------------------------|---|
| Azione 2.3.1<br><b>Con meno sale la salute sale</b>   | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>   |   |                                 | <b>OSR cui si riferisce</b>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione accordo regione-associazione categoria</li> <li>- definizione poster e materiale informativo</li> <li>- attuazione di incontri di informazione/formazione indirizzati ai panettieri e addetti ristorazione collettiva finalizzati alla riduzione del contenuto di sale nelle preparazioni alimentari</li> <li>- informazione ai consumatori con il supporto dei MMG.</li> </ul> <p>Si prevede di attuare il progetto in tutte le ASL mediante l'organizzazione di incontri informativi/formativi, documenti di indirizzo e di sostenerne l'implementazione con azioni di sensibilizzazione/comunicazione.</p> |   |                                 | <b>OSR 2.3.</b><br>Aumentare la disponibilità di alimenti a ridotto contenuto di sale e l'informazione al consumatore (Progetto regionale "Con meno sale la salute sale") |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale  |   |                                 |   |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |                                 |   |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |                                 |   |
|   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>                               | <b>2017</b>                     | <b>2018</b>   |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Definizione accordo e produzione materiale per la comunicazione</b> | <b>Evidenza documentale</b>  | -----                                     | -----                           | -----   |
| Incontri di informazione/formazione nelle ASL indirizzati a panificatori                                | Almeno 1 per ASL   | Almeno 1 per ASL                          | -----                           | -----   |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Attività di implementazione/monitoraggio</b>                        | -----  | <b>Almeno un'azione per ASL</b>           | <b>Almeno un'azione per ASL</b> | <b>Almeno un'azione per ASL</b>   |

|  |   |   |                                       |                                       |  |
|--|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Azione 2.4.1<br><b>Prevenzione del consumo dannoso di alcolici nel contesto del divertimento e Promozione della guida responsabile: Rete Regionale e Progetti multi-componente</b> | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppare una rete regionale che coordini e indirizzi programmi di empowerment di comunità locale per contrastare il consumo di alcol a rischio nei contesti del divertimento e i comportamenti di guida in stato di ebbrezza alcolica.</li> <li>- Promuovere alleanze a livello locale tra gestori dei locali pubblici, prefettura, associazionismo, decisori e operatori della sanità al fine di sviluppare empowerment di comunità sul problema.</li> <li>- Migliorare nei destinatari finali la percezione del proprio stato psicofisico dopo assunzione di alcol e modificare l'intenzione di guidare anche se in stato di ebbrezza a seguito degli interventi di counselling e informativi realizzati nei contesti del divertimento.</li> </ul> Attività principali:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Costituzione e formalizzazione di un tavolo regionale di coordinamento e d'indirizzo</b>, in continuità con quanto realizzato dal coordinamento Safe Night Piemonte nato con il programma CCM GSA, che sulla base del lavoro di confronto tra esperienze territoriali diverse ha consentito la costruzione di una visione comune circa la mission e gli obiettivi degli interventi nei contesti del divertimento giovanile notturno. Il tavolo avrà il compito di:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ampliare la rete delle ASL aderenti;</li> <li>• condividere le strategie per la costruzione di alleanze locali tra associazioni del privato sociale, del volontariato, del mondo giovanile (Peer Educator), Gestori del divertimento, amministrazioni locali. La revisione ha raccolto sufficiente evidenza per sostenere l'efficacia della responsabilità civile dei locali che somministrano alcol sui danni conseguenti il consumo eccessivo di alcolici, in particolare morte per incidente stradale, mentre non è stata registrata una diminuzione significativa di comportamenti associati al consumo eccessivo di alcolici come il binge drinking (NIEBP);</li> <li>• condividere criteri, standard, strumenti, obiettivi, metodologie, conoscenze e valutazione anche con gli operatori delle ASL nuove aderenti al tavolo sviluppando Programmi multi-componente universali per la prevenzione del consumo dannoso di alcolici nei giovani (NIEBP) con interventi di counselling individuali da parte degli operatori delle postazioni mobili, con interventi di formazione-sensibilizzazione dei gestori del divertimento giovanile notturno, con interventi di advocacy con gli amministratori locali;</li> <li>• mantenere vivo il confronto con le altre regioni che hanno avviato percorsi simili.</li> </ul> </li> <li>- <b>Pianificazione e realizzazione di progetti multicomponente</b> coordinati a livello regionale che prevedono               <ul style="list-style-type: none"> <li>• formazione-sensibilizzazione dei gestori del divertimento giovanile notturno;</li> <li>• advocacy con gli amministratori locali;</li> <li>• counseling individuali svolti da parte degli operatori delle postazioni mobili con l'ausilio di etilometri, simulatori di guida, occhiali alcolemici, materiali informativi ecc.</li> </ul> </li> </ul> I progetti sono in continuità con quanto realizzato dal coordinamento Safe Night Piemonte nato con il programma CCM GSA. La continuità con progetti preesistenti consente di valorizzare le esperienze pregresse, le alleanze e le partnership già avviate e nel contempo di favorire l'adesione ai criteri di buone pratiche. Si intende sperimentare in alcune ASL l'utilizzo di social network e di APP specifiche, quali modalità comunicative innovative, all'interno dei programmi in atto. |   |                                       |                                       | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 2.4</b><br>Sviluppare iniziative e progetti di empowerment |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale   |   |                                       |                                       |  |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-20018  |   |                                       |                                       |  |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |                                       |                                       |  |
|  |   | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>                           | <b>2017</b>                           | <b>2018</b>  |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Formalizzazione Rete</b>   | <b>Costituzione e formalizzazione della rete Sì/NO</b>  | Mantenimento e sviluppo della rete        | Mantenimento e sviluppo della rete    | Mantenimento e sviluppo della rete    |  |
| N. riunioni annuali della Rete   | Riunioni bimestrali   | Riunioni bimestrali                       | Riunioni bimestrali                   | Riunioni bimestrali                   |  |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>N. di ASL che attivano progetti nel contesto del divertimento</b>  | Almeno 3 ASL che partecipano alla Rete attivano progetti multicomponente  | <b>Almeno 4 ASL attivano progetti</b>     | <b>Almeno 4 ASL attivano progetti</b> | <b>Almeno 5 ASL attivano progetti</b> |  |



|  |  |   |   |   |             |
|--|--|---|---|---|-------------|
| Azione 2.4.2<br><b>Save the date</b>   | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b><br>Promuovere azioni di sensibilizzazione in occasione delle giornate tematiche celebrate dall'OMS (quali ad esempio la Settimana della salute mentale, la Settimana mondiale dell'allattamento del seno, la Giornata mondiale dell'attività fisica, fumo...) per sviluppare l'empowerment e mantenere viva l'attenzione della popolazione, e non solo degli addetti ai lavori, su:<br>- gli sviluppi della ricerca;<br>- l'importanza e la promozione di uno stile di vita salutare;<br>- l'importanza e la promozione del benessere mentale oltre a quello fisico, con particolare attenzione a contrastare lo stigma e l'idea di "incurabilità" che da sempre accompagna la sofferenza mentale.<br><br>Il GSP, tutti i settori e i gruppi di lavoro regionali direttamente coinvolti metteranno in atto iniziative di sensibilizzazione, in collaborazione con quelle messe in atto a livello locale dalle ASL. Le iniziative potranno prevedere la realizzazione di eventi tematici specifici realizzati a livello regionale o locale dalle ASL e la messa a disposizione, attraverso i siti istituzionali ( <a href="http://www.regione.piemonte.it">www.regione.piemonte.it</a> ; <a href="http://www.dors.it">www.dors.it</a> ) di materiale documentale divulgativo di approfondimento/aggiornamento. |   |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 2.4</b><br>Sviluppare iniziative e progetti di empowerment        |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale  |   |   |   |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |   |   |             |
|  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |   |   |   |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
| Azioni di sensibilizzazione<br><i>(eventi e/o materiali su siti istituzionali)</i> | - Almeno 1 evento<br>- Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento  | - Almeno 1 evento<br>- Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento | - Almeno 1 evento<br>- Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento | - Almeno 1 evento<br>- Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento |             |

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| Azione 2.5.1<br><b>Walking programs</b>   | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b><br>Sostenere la pratica dell'attività fisica e contribuire al raggiungimento dei livelli raccomandati per fascia di età attraverso i 'walking programs' - fit o nordik walking, gruppi di cammino - attività spontanee e accessibili a tutti.<br><br>I 'walking programs' sono la tipologia di intervento più diffusa per la promozione dell'attività fisica a livello locale. Con quest'azione si vuole mettere a disposizione dei professionisti, sanitari e non, strumenti di progettazione e di valutazione per la realizzazione di 'walking programs' destinati alla popolazione adulta e, in particolare, agli ultra 64enni e favorirne l'attivazione su tutto il territorio regionale.<br><br>In particolare si prevede di:<br>- elaborare, nell'ambito delle attività della Rete Attività fisica Piemonte (RAP), un modello di piano di valutazione, articolato in più fasi e corredato di strumenti per la sua applicazione, da sperimentare nei progetti di 'walking programs' attivati a livello locale;<br>- aumentare l'offerta di "gruppi di cammino" da parte di ASL e Comuni attivando gruppi di cammino in tutte le ASL della Regione in collaborazione con i Comuni, le circoscrizioni, i centri per anziani o altri Enti/Associazioni che lavorano con loro. |   |  |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 2.5</b><br>Incoraggiare la pratica dell'attività fisica nella popolazione adulta e anziana |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale  |   |  |   |  |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |  |   |  |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                 |  |   |  |
|   |  | <b>2015</b>   | <b>2016</b>                                    | <b>2017</b>   | <b>2018</b>  |
|   | N. riunioni gruppo di lavoro   | Almeno 1 riunione del gruppo di lavoro                    | Almeno 2 riunioni del gruppo di lavoro         | Almeno 2 riunioni del gruppo di lavoro                                    | Almeno 1 riunione del gruppo di lavoro   |
|   | Piano di valutazione   | Ricerca e analisi di documenti e strumenti                | Piano di valutazione elaborato                 | -----   | -----  |
| N. di progetti di walking programs realizzati localmente dalle ASL che sperimentano il Piano di valutazione | -----  | -----   | Almeno il 20% dei progetti di walking programs | almeno il 40% dei progetti di Walking programs                            |  |
| N. di gruppi di cammino attivati  | N. incontri con Enti/Associazioni per la programmazione delle attività   | Attivazione di almeno 1 gruppo di cammino in tutte le ASL | Mantenimento dell'attività                     | Attivazione di almeno 1 gruppo di cammino nel 80% dei distretti delle ASL |  |

|  |   |   |  |   |   |
|--|---|---|--|---|---|
| Azione 2.6.1<br><b>Rapporto uomo-animale: strategie d'informazione e attività di controllo</b>                                       | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>  |   |  |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 2.6</b><br>Prevenire il randagismo, attraverso strategie d'informazione e comunicazione per la popolazione e attività di controllo su canili e rifugi |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educare, informare e sensibilizzare la popolazione sulle tematiche relative al fenomeno del randagismo, al corretto rapporto uomo/animale e alle zoonosi.</li> <li>- Armonizzare a livello regionale l'utilizzo dell'anagrafe canina per migliorarne le performance.</li> <li>- Attuare attività di controllo straordinario su tutte le strutture che accolgono cani senza proprietario (canili e rifugi).</li> </ul> <p>Si prevede di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizzare attività di informazione e divulgazione. Queste attività saranno organizzate, su base pluriennale, in sinergia con gli altri programmi di settore che si occupano di promozione della salute, al fine di conseguire, nel quadriennio, gli obiettivi specifici regionali di comunicazione dei principi di prevenzione e di rilancio dell'incentivazione all'iscrizione all'anagrafe canina. I destinatari di questa attività saranno: proprietari di animali, professionalmente e non professionalmente esposti, popolazione sensibile;</li> <li>- standardizzare gli strumenti di verifica e di efficienza;</li> <li>- attuare un piano di vigilanza delle strutture;</li> <li>- incentivare le iscrizioni all'anagrafe canina.</li> </ul> |   |  |   |   |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale e puntuale   |   |  |   |   |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |  |   |   |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |  |   |   |
|  | <b>2015</b>   | <b>2016</b>                               | <b>2017</b>  | <b>2018</b>   |   |
| Predisposizione e realizzazione di un piano di informazione/comunicazione rivolto alle popolazioni target                            | Definizione delle strategie di comunicazione e dei sistemi di valutazione dei risultati   | Predisposizione piano informazione        | Almeno il 30 % di attuazione del piano di informazione | 100% attuazione del piano di informazione predisposto                           |   |
| Proporzione cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati * | Consolidamento dei risultati 2014   | Raggiungimento del 53,5%                  | Raggiungimento del 54%                                 | Raggiungimento del 55%  |   |
| Proporzione controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio   | Almeno 33% dei controlli previsti dal programma   | 100% dei controlli previsti dal programma | 100% dei controlli previsti dal programma              | 100% di almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile pubblico o privato |   |

\* L'individuazione degli standard per il quadriennio 2015-2018 tiene conto dell'andamento tendenziale, con le relative fluttuazioni, e dei risultati conseguiti nel periodo 2006-2013, come evidenziato nel profilo di salute (p. 46). Si è pertanto ritenuto di consolidare il dato 2014 anche per il 2015 e di riportare il valore 2016 nei limiti del trend fin qui evidenziatosi, nella consapevolezza dell'impossibilità di conseguire nel periodo considerato risultati sovrapponibili agli anni passati. I dati previsionali del quadriennio della Regione Piemonte tendono comunque al raggiungimento del limite di riferimento per il consolidamento dei risultati a livello nazionale.



### PROGRAMMA 3

## GUADAGNARE SALUTE PIEMONTE – COMUNITÀ E AMBIENTI DI LAVORO

Nei programmi denominati “Guadagnare Salute Piemonte” è stato privilegiato un approccio di setting, sistematico, finalizzato a cambiamenti di lungo termine e incentrato sullo sviluppo del sistema attraverso interventi di tipo organizzativo, formativo e attraverso il rafforzamento delle alleanze con gli attori principali, tra cui l’ambiente di lavoro. Gli interventi da attuare nel territorio sono programmati all’interno dei Piani locali di prevenzione che ciascuna ASL redige annualmente per il proprio ambito di riferimento, in coerenza con le indicazioni regionali.

| Macro obiettivi   | Obiettivi centrali   | Obiettivi specifici regionali   | Indicatore OSR   | Standard OSR  |
|---|--|---|--|---|
| <b>MO1</b><br>Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili | <b>OC. 1.3</b><br>Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta | <b>OSR 3.1.</b><br>(OC. di riferimento 1.3/5/6/7/8/9)<br>Sviluppare nel SSR conoscenze e competenze per la promozione di stili vita salutari negli ambienti di lavoro | <b>Indicatore OSR 3.1.</b><br>N. di ASL che utilizzano e/o diffondono i materiali e/o gli strumenti regionali prodotti | <b>Standard OSR 3.1</b><br>Almeno il 40% delle ASL  |
|   | <b>OC. 1.5</b><br>Estendere la tutela del fumo passivo   | <b>OSR 3.2.</b><br>(OC. di riferimento 1.3/5/6/7/8/9)<br>Favorire l'adozione di comportamenti salutari nella popolazione adulta che lavora                            | <b>Indicatore OSR 3.2.</b><br>N. di progetti WHP multi-componente e multi-fattoriale attivati a livello locale         | <b>Standard OSR 3.2</b><br>Attivazione di almeno 1 progetto nel 100% dei territori locali |
|   | <b>OC. 1.6</b><br>Ridurre il consumo di alcol a rischio  | <b>OSR 3.3.</b><br>(OC. di riferimento 1.3)<br>Studiare la fattibilità della creazione della Rete WHP Piemonte  | <b>Indicatore OSR 3.3.</b><br>Report dei risultati dello studio di fattibilità   | <b>Standard OSR 3.3</b><br>Sì/NO  |
|   | <b>OC. 1.7</b><br>Aumentare il consumo di frutta e verdura   |   |  |   |
| <b>OC. 1.8</b><br>Ridurre il consumo eccessivo di sale  |  |   |  |   |
| <b>OC. 1.9</b><br>Aumentare l'attività fisica delle persone   |  |   |  |   |

## Quadro strategico, profilo di salute e trend dei fenomeni

L'ambiente di lavoro è un setting strategico per promuovere la salute in età adulta.

La promozione della salute nei luoghi di lavoro – **Workplace Health Promotion (WHP)** – si prefigge di tutelare e migliorare la sicurezza, la salute e il benessere di tutti i lavoratori combinando i seguenti fattori: il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro, l'incoraggiamento della partecipazione attiva dei lavoratori a tutto il processo riguardante la promozione della salute, la possibilità di compiere scelte salutari e l'incoraggiamento dello sviluppo personale.

La WHP tocca, quindi, più aspetti (politici, sociali, economici e ambientali), si basa sulla cooperazione multisettoriale e multidisciplinare e prevede il coinvolgimento e l'impegno di tutti i soggetti direttamente coinvolti (datori di lavoro, medici competenti, lavoratori, parti sociali, decisori, comunità locale,...). Le attività previste nei progetti e negli interventi di WHP devono, inoltre, tener conto e adattarsi alla natura del lavoro, alle condizioni di salute e sicurezza necessarie, alle dimensioni dell'azienda, alle necessità e alle condizioni fisiche dei lavoratori – si pensi ad esempio ai lavoratori disabili o affetti da patologie croniche o anziani che, alla luce delle normative vigenti, tenderanno ad aumentare –.

Studi condotti con criteri rigorosi – accompagnati da risultati di buone pratiche internazionali (<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/interventions/>) – orientano la ricerca e la pratica a investire maggiormente nelle azioni da attuare a livello di ambiente lavorativo affinché sia un ambiente, fisico e organizzativo, che 'promuove salute'.

Sul luogo di lavoro le persone trascorrono la maggior parte della loro giornata e si possono, così, più facilmente raggiungere e coinvolgere:

- diffondendo **informazioni** e **conoscenze** sull'importanza di uno **stile di vita salutare** sui diversi temi, tra cui alimentazione, attività fisica, alcol, fumo, attraverso, ad esempio, materiale informativo, momenti di counselling individuale o di gruppo;
- offrendo **scelte alimentari salutari** – nelle mense aziendali, nei distributori automatici, nei punti di ristoro esterni all'azienda;
- offrendo **opportunità di praticare attività fisica** – attraverso spostamenti casa/lavoro attivi, uso delle scale, realizzazione, durante le pause, di esercizi di mobilità, gruppi di cammino,...

I risultati di revisioni sistematiche e metanalisi (Rongen *et al.*, 2013, Verweij LM *et al.*, 2011, Soler RE *et al.*, 2010 in <http://niebp.agenas.it/> e in [www.dors.it/Pubblicazioni](http://www.dors.it/Pubblicazioni)) dimostrano che gli **interventi di WHP**, che prevedono azioni multi-componente e multi-fattoriale, possono produrre **effetti positivi** sia **sulla salute dei lavoratori** – si è registrata una riduzione del rischio delle malattie cardiovascolari, migliora il grado di salute percepita – sia **per l'azienda**. Sul piano sociale ed economico migliorano gli indici di produttività e la produzione, si riducono le assenze per malattie e infortuni e i costi associati, si favoriscono la socializzazione e l'aggregazione, la fidelizzazione e la soddisfazione del dipendente.

Agire sul miglioramento dello stile di vita della popolazione adulta che lavora, vuol dire, anche, moltiplicare **l'azione preventiva in ambito familiare e amicale**, nella comunità, e avere una **futura popolazione anziana in condizioni di maggior benessere psico-fisico**.

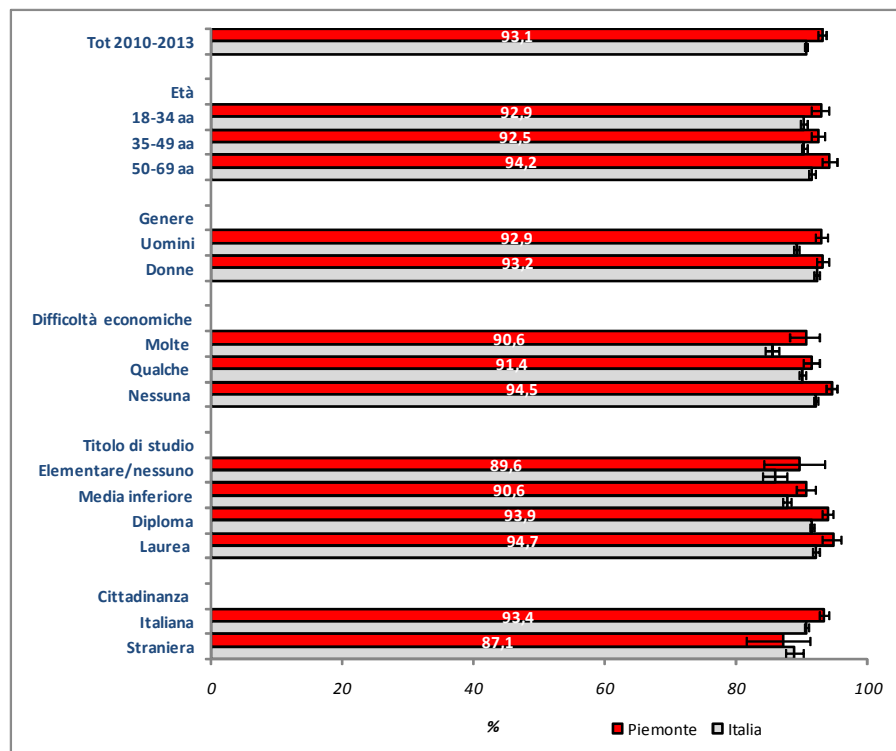
Infine creare un luogo di lavoro che riconosca il valore di uno stile di vita salutare e lo favorisca può contribuire a trasmettere conoscenze chiare e corrette sull'**importanza del periodo preconcezionale** ([www.pensiamociprima.it](http://www.pensiamociprima.it)) **e della gravidanza e ridurre le disuguaglianze** di tipo socio-economico e/o socio-culturale che possono ostacolare comportamenti salutari. La pianificazione di progetti di promozione della salute nei luoghi di lavoro richiede quindi conoscenze e competenze da spendere in questo setting specifico.

L'ambiente di lavoro può influenzare i comportamenti delle persone con azioni favorevoli o ostacolanti.

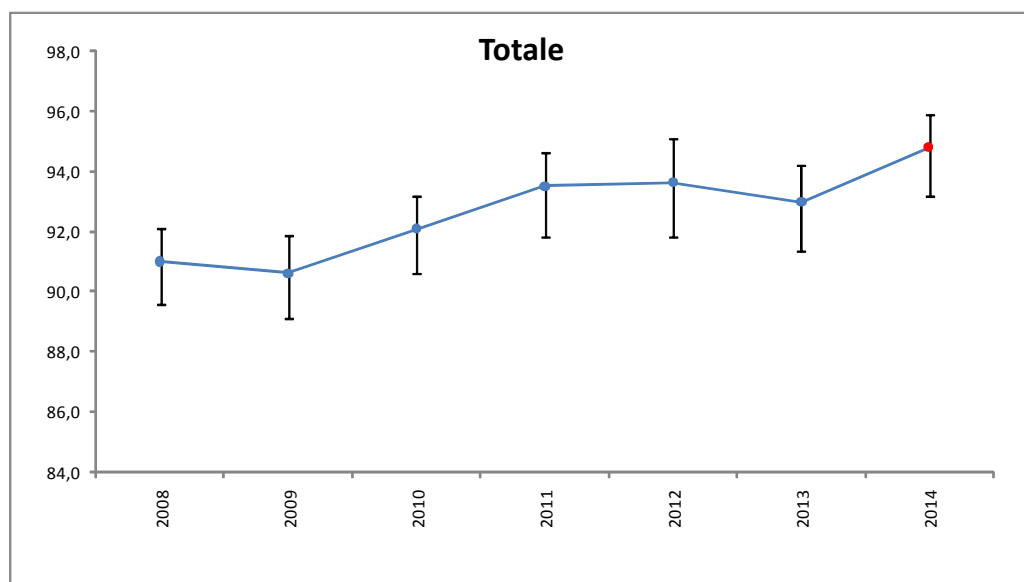
Per esempio **quasi tutte (93%) le persone tra 18 e 69 anni che lavorano in ambienti chiusi ritengono rispettato il divieto di fumare** (79% "sempre" e 14% "quasi sempre"). Questa prevalenza corrisponde ad una stima di oltre 2 milioni e 600mila persone e risulta, come in altre Regioni del Nord Italia, maggiore di quella osservata a livello nazionale (91%).

In Piemonte, la percezione del rispetto del divieto di fumare negli ambienti di lavoro è abbastanza uniforme nei sottogruppi di popolazione; le prevalenze più basse (circa 90%) si osservano tra le persone con difficoltà economiche e con bassi livelli di scolarità; anche tra le ASL non si rilevano importanti differenze (min: 89% ASL VC, max: 96% ASL VCO) (fonte PASSI 2010-2013).

**Figura 1.** Prevalenza di persone di età 18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono “sempre” o “quasi sempre” alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro del Piemonte e del pool nazionale per variabili sociodemografiche - PASSI 2010-2013



Tra il 2007 ed il 2014 PASSI rileva un aumento della percezione dei cittadini piemontesi del rispetto del divieto di fumare sul luogo di lavoro, confermato come statisticamente significativo dall’analisi delle serie storiche mensili. Un’analisi specifica con i dati PASSI 2011-2012 sui lavoratori della sanità (n=323) e dell’edilizia (n=374) non ha rilevato differenze significative tra i due settori relativamente al rispetto del divieto di fumare in ambienti chiusi, mentre significativamente diverse sono risultate le prevalenze complessive di comportamenti a rischio: abitudine tabagica, assunzione di bevande alcoliche, guida sotto l’effetto dell’alcol.



**Figura 2.** Prevalenza di persone di età 18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono “sempre” o “quasi sempre” alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro. Prevalenze annuali 2008-2014. Piemonte - PASSI

**Tabella 1.** Alcuni comportamenti a rischio tra i lavoratori dell’edilizia e della sanità (Piemonte PASSI 2011-12)

| Piemonte PASSI 2011-2012 | Fumatori | Non fumatori | Consumo di alcol a rischio | Guida sotto l’effetto dell’alcol |
|--------------------------|----------|--------------|----------------------------|----------------------------------|
| Edilizia                 | 46 %     | 34%          | 30%                        | 19%                              |
| Sanità                   | 26%      | 55%          | 14%                        | 4%                               |



Sapendo che gli stili di vita sono fortemente correlati alle variabili demografiche e socioeconomiche, questo risultato è certamente influenzato dalla differente composizione per età, genere, scolarità e situazione economica dei lavoratori dei due settori e sono pertanto auspicabili approfondimenti analitici per comprendere meglio il ruolo di queste variabili sulle differenze osservate. Il risultato tuttavia evidenzia come la programmazione degli interventi sui luoghi di lavoro non possa prescindere da una valutazione dei singoli contesti lavorativi per l'individuazione di priorità e di obiettivi specifici.

Gli **stili di vita della popolazione giovane-adulta** che lavora sono stati presentati in maniera sintetica nell'apposito paragrafo del profilo di salute e descrivono una popolazione non omogenea ma complessivamente poco attiva, con problemi di sovrappeso, con insufficiente consumo di frutta e verdura e con cambiamenti generazionali sul consumo a rischio di alcol.

### **Obiettivi e attività del programma in continuità con il PRP 2010-2014**

La Regione Piemonte, con i precedenti Piani di prevenzione, è stata tra le prime ad avviare a livello regionale e locale delle esperienze di promozione della salute nei luoghi di lavoro. In particolare, negli anni scorsi, è stato attivato un corso biennale (Workplace Health Promotion, 2007-2008) rivolto agli operatori del Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) e si sono realizzati diversi progetti di WHP nelle aziende pubbliche, principalmente in quelle sanitarie, e in alcune aziende private, con un approccio, nella maggior parte dei casi, multi-componente e multi-fattoriale. Per buona parte, questi progetti sono risultati interventi promettenti o buone pratiche (in [www.dors.it](http://www.dors.it) e in Pro.Sa. - Banca Dati di Progetti e Interventi di Prevenzione e Promozione della Salute - [www.retepromozionesalute.it](http://www.retepromozionesalute.it)). Si tratta però di esperienze ancora isolate e che non hanno raggiunto una sufficiente copertura rispetto alla popolazione piemontese.

**Obiettivi e attività del programma sono in continuità con i precedenti Piani di prevenzione** e in particolare con i Programmi relativi alla promozione di stili di vita salutari nelle comunità di vita e di lavoro.

Si cita, a questo proposito, il manuale *Esperienze e strumenti per la promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro* (in [www.dors.it](http://www.dors.it)) prodotto dalla RAP (Rete Attività fisica Piemonte) e da DoRS (Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute), destinato, principalmente, a quanti lavorano nella pubblica amministrazione e, in particolare, nelle aziende sanitarie e ospedaliere. Il manuale, partendo dai dati sulla pratica dell'attività fisica, dai livelli raccomandati e dagli effetti positivi di uno stile di vita attivo sia per la salute dei lavoratori, sia per la crescita dell'impresa, presenta interventi ed esempi di buona pratica risultati efficaci e offre un percorso guidato, corredato da suggerimenti pratici, per la costruzione, la realizzazione e la valutazione di progetti di promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro. Questo documento è quindi una guida operativa per facilitare la realizzazione di progetti che incoraggino e sostengano i lavoratori nell'introdurre, nella loro routine quotidiana, l'attività fisica, creando un luogo di lavoro che riconosca il valore di uno stile di vita attivo e salutare. Il manuale, ripreso e citato in diversi articoli (*Migliorare il benessere dei lavoratori: sicurezza, prevenzione e promozione della salute* su Epicentro; *Dossier Attività fisica sui luoghi di lavoro* in Azioni quotidiane; *Web Magazine Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, Napoli - Area Comunicazione*; *Rivista Politiche sanitarie* vol. 15, n. 1, gennaio-marzo 2014), ha ricevuto un premio da Rassegna-Concorso Inform@azione, iniziativa nazionale promossa da Regione Emilia-Romagna, INAIL e Azienda USL di Modena, per la divulgazione e la valorizzazione degli strumenti informativi e formativi in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Obiettivi e azioni che si svilupperanno con il PRP 2015-2018 tengono in considerazione e proseguono quanto sviluppato con i PLP 2013 e con le attività programmate a livello locale per il 2014.

I precedenti PLP hanno, principalmente, lavorato, su:

- l'esistenza e/o la formazione di gruppi aziendali multidisciplinari coerenti con il programma Guadagnare Salute Piemonte;
- la valorizzazione delle risorse esistenti e la creazione di reti a livello locale;
- lo sviluppo delle competenze degli operatori;
- l'interesse/impegno a rafforzare la comunicazione aziendale: newsletter e spazi web su stili di vita, social network, organizzazione di eventi stabili annuali, comunicazione e diffusione dei dati delle sorveglianze.

## **Sinergie con altri programmi, strategie e quadro normativo**

**Sinergie con altri programmi del PRP 2014-2018:** si manterrà una forte sinergia con gli altri programmi di setting di Guadagnare Salute Piemonte, Comunità e ambienti di vita e Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario. Inoltre, dal momento che la linea di intervento che riguarda la tutela della salute e del benessere organizzativo nelle aziende, in particolare in quelle sanitarie e ospedaliere della Regione, è sviluppata nel programma *Lavoro e salute* (MO7 OC 7.3), si prevedono sinergie con questo programma soprattutto rispetto allo studio di fattibilità della rete regionale WHP e alla realizzazione, a livello locale, di progetti multi-componente e multi-fattoriale di promozione della salute.

**Sinergie con altri programmi regionali, nazionali o europei:** Rete europea per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (ENWHP).

**Strategie di riferimento:** modello socioecologico, salutogenesi, empowerment e partecipazione attiva, marketing sociale, modelli e strategie della Workplace Health Promotion (WHP).

**Quadro normativo di riferimento:** Testo unico sulla sicurezza DLgs 81/2008, Piano Nazionale della Responsabilità sociale d'impresa 2012-2014.

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva

Il gruppo di lavoro regionale Guadagnare Salute Piemonte (GSP), partendo dai dati del profilo di salute piemontese, svilupperà – in sinergia con altri interlocutori – strategie a sostegno dell’implementazione di azioni efficaci per la promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro a livello sia regionale che locale.

Le azioni si focalizzeranno soprattutto su:

- l’elaborazione e la diffusione di materiali e strumenti per lo sviluppo delle conoscenze, la progettazione, la valutazione e la valorizzazione di interventi e progetti di WHP;
- l’elaborazione e la sperimentazione di progetti multi-componente e multi-fattoriale di WHP;
- lo studio di fattibilità per la creazione di una rete WHP Piemonte.

Tutti i materiali prodotti saranno diffusi e valorizzati attraverso i canali istituzionali: [www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it), [www.dors.it](http://www.dors.it), newsletters “Sicuri di essere sicuri”.

Il programma prevede, in particolare, il coinvolgimento a livello regionale e di ASL della struttura Promozione della Salute, del CUG (Comitato Unico di Garanzia) e di almeno i seguenti servizi sanitari: SPreSAL, SIAN, Medicina dello Sport, Medicina del Lavoro che saranno coinvolti, nelle diverse azioni, sulla base delle specificità territoriali e delle esperienze già svolte. Le azioni regionali sono pertanto finalizzate principalmente a rafforzare le conoscenze e le competenze degli operatori e dei membri dei gruppi di progetto e a favorire l’attivazione e la “messa a sistema” di interventi e progetti di WHP su tutto il territorio regionale.

Le azioni del pProgramma prevedono di:

- mettere a disposizione metodi e strumenti per favorire la conoscenza di buone prassi (materiale informativo – ad esempio fact-sheet –, corso FAD,...). Si approfondiranno, a questo proposito, i dati di contesto e si effettuerà una ricerca e un’analisi di: prove di efficacia, esperienze promettenti e buone pratiche, metodi e strumenti per la promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro a livello locale, nazionale e internazionale. Per diffondere conoscenze e metodologie si predisporranno e diffonderanno documenti divulgativi e si progetterà – e avvierà – un corso FAD sulla WHP, accreditato ECM e destinato agli operatori dei servizi sanitari. Il corso prevederà tre moduli tematici su: modelli e strategie di WHP, interventi promettenti ed efficaci, strumenti per informare e progettare in WHP;
- elaborare strumenti per la progettazione, la valutazione e la valorizzazione di interventi e progetti (ad esempio questionari, check list, schede progetto, piani di valutazione,...). Partendo dallo studio delle prove di efficacia e delle buone pratiche si costruiranno strumenti che facilitino l’elaborazione e la valutazione di interventi e progetti di WHP;
- elaborare e sperimentare a livello locale progetti multi-componente e multi-fattoriale per la promozione di stili di vita salutari nella popolazione adulta che lavora. Per favorire l’elaborazione e l’attivazione, su tutto il territorio regionale, di progetti multi-componente e multi-fattoriale di WHP (ad esempio per promuovere l’attività fisica e un’alimentazione salutare, per favorire e migliorare il benessere organizzativo, per contrastare il tabagismo) si prevede di: realizzare una ricognizione e un’analisi degli interventi e dei progetti di WHP – realizzati nelle ASL o a cui le ASL hanno collaborato – per individuare le azioni “trasferibili” e di attivare una “comunità di pratica” per accompagnare l’ideazione di nuovi progetti;
- studiare la fattibilità della creazione della Rete WHP Piemonte. Lo studio prevederà: la ricerca e l’analisi delle esperienze in atto a livello nazionale e locale, la consultazione dei diversi portatori d’interesse – imprese, sindacati, medici competenti, ...– a partire dal coinvolgimento del Comitato Regionale di Coordinamento (CRC), l’elaborazione di un Report con i risultati dello studio. Attraverso la creazione di una rete regionale si vuole offrire alle imprese (pubbliche e private) che vogliono investire sulla salute e sul benessere del personale, un supporto per l’attivazione di progetti WHP, mettendo a disposizione materiali, metodi e strumenti condivisi e validati per la realizzazione di buone pratiche nel campo della promozione della salute dei lavoratori.

Le diverse attività, in cui si declineranno le azioni, saranno gestite e realizzate dal gruppo di lavoro regionale GSP in sinergia con altri soggetti o gruppi regionali opportunamente individuati sulla base delle competenze specifiche.

**Crono programma di massima**

|   | 2015  | 2016   | 2017  | 2018   |
|---|---|--|---|--|
| <b>OSR 1</b><br><b>Azione 3.1.1</b><br>Dalle prove di efficacia alle buone pratiche                       | Ricerca e analisi prove di efficacia e buone pratiche         | Ricerca e analisi prove di efficacia e buone pratiche  |   |  |
| <b>Azione 3.1.2</b><br>Strumenti per l'informazione, la progettazione e la valutazione di progetti di WHP |   | Elaborazione strumenti   | Elaborazione e diffusione strumenti   | Elaborazione e diffusione strumenti                          |
| <b>Azione 3.1.3</b><br>Corso FAD WHP per operatori sanitari   | Progettazione corso FAD WHP                                   | Elaborazione moduli corso FAD WHP  | - Elaborazione moduli corso FAD WHP<br>- avvio erogazione corso FAD WHP   | Erogazione corso FAD WHP                                     |
| <b>OSR 2</b><br><b>Azione 3.2.1</b><br>Progetti WHP   |   | - Ricognizione degli interventi e dei progetti WHP esistenti - elaborazione di nuovi interventi o progetti | Attivazione progetti multi-componente e multi-fattoriale  | Implementazione progetti multi-componente e multi-fattoriale |
| <b>OSR 3</b><br><b>Azione 3.3.1</b><br>Studio di fattibilità Rete WHP Piemonte                            | - Costituzione gruppo di lavoro<br>- Analisi delle esperienze | - Analisi delle esperienze<br>- Consultazione portatori d'interesse  | - Analisi delle esperienze<br>- Consultazione portatori d'interesse<br>- Elaborazione Report risultati<br>- Fase pilota rete WHP Piemonte | Formalizzazione della Rete WHP Piemonte                      |

**Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma**

- cambiamenti normativi;
- risorse umane e strumentali a disposizione;
- grado di coinvolgimento e di partecipazione dei diversi interlocutori esterni alla sanità;
- sinergie e integrazioni di programmi con le altre direzioni regionali con cui si potrebbe interagire.

**Monitoraggio e contrasto disuguaglianze**

Tra i fattori di rischio bersaglio degli obiettivi considerati in questo programma, dall'analisi dei dati piemontesi e di altre fonti di letteratura emerge che sono diversi i fattori di rischio per i quali le disuguaglianze sociali hanno una frazione attribuibile (FADS): alimentazione scorretta ed alto consumo di grassi animali (circa 30%), inattività fisica (circa 20%), sovrappeso e soprattutto obesità (circa 30% negli uomini e 45% nelle donne) (fonte dati: Aspetti della Vita Quotidiana 2009-2012). Questo si traduce, per i suddetti fattori, in un forte impatto sulla prevalenza nella popolazione generale nel caso in cui si intervenisse con programmi atti a ridurre le disuguaglianze nell'esposizione (percentuale di riduzione della prevalenza del problema qualora si eliminassero le disuguaglianze di esposizione al fattore di rischio): per quanto riguarda l'attività fisica, una riduzione della prevalenza di inattivi dell'11%; per l'alimentazione, una riduzione del 2,4% dell'insufficiente consumo di frutta e verdura, dello 0,5% per il consumo troppo frequente di carne, del 4,7% per il consumo scorretto di grassi.

Le azioni nel setting ambiente di lavoro relative ai fattori di rischio sedentarietà, sovrappeso e alimentazione scorretta, che hanno un impatto importante sulle disuguaglianze in Piemonte, saranno sottomesse ad un *health equity audit* più approfondito che si occuperà non solo di revisionare e correggere l'allocazione degli interventi in funzione del rischio, ma anche di revisionare l'efficacia attesa degli interventi per le diverse categorie di vulnerabilità sociale delle rispettive popolazioni bersaglio.

|   |  |   |             |   |             |
|---|--|---|-------------|---|-------------|
| Azione 3.1.1<br><b>Dalle prove di efficacia alle buone pratiche</b>   | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Effettuare un approfondimento dei dati di contesto per settore lavorativo ed una ricerca e analisi di prove di efficacia, esperienze promettenti, buone pratiche, metodi e strumenti per la promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro a livello locale, nazionale e internazionale. La ricerca e l'analisi saranno effettuate dal gruppo di lavoro regionale Guadagnare Salute Piemonte (GSP). |   |             | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 3.1</b><br>Sviluppare nel SSR conoscenze e competenze per la promozione di stili vita salutari negli ambienti di lavoro |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale   |   |             |   |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2 anni (2015-2016)   |   |             |   |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |             |   |             |
|   |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b> | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
| N. riunioni gruppo di lavoro dedicate a definire e orientare gli obiettivi della ricerca e all'elaborazione dei risultati | Cronoprogramma dell'attività di ricerca e analisi  | Almeno 2 riunioni del gruppo di lavoro    | -----       | -----   |             |
| 1 Report sui risultati della ricerca  | -----  | Report Sì/NO                              |             |   |             |

|  |   |   |                              |   |             |
|--|---|---|------------------------------|---|-------------|
| Azione 3.1.2<br><b>Strumenti per l'informazione, la progettazione e la valutazione di progetti di WHP</b>                            | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Elaborare e diffondere materiali e strumenti – ad esempio fact-sheet – per il trasferimento delle conoscenze per la promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro e per facilitare l'elaborazione e la valutazione di interventi e progetti di WHP, destinati ai diversi portatori d'interesse (operatori, lavoratori, datori di lavoro). Gli strumenti saranno prodotti dal gruppo di lavoro regionale Guadagnare Salute Piemonte (GSP) in sinergia, se necessario, con altri soggetti opportunamente individuati sulla base delle competenze specifiche necessarie. |   |                              | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 3.1</b><br>Sviluppare nel SSR conoscenze e competenze per la promozione di stili vita salutari negli ambienti di lavoro |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale  |   |                              |   |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 3 anni (2016-2018)  |   |                              |   |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |                              |   |             |
|  |   | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>                  | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
| N. strumenti prodotti  | -----   | Almeno 2 strumenti                        | Almeno 2 strumenti           | Almeno 2 strumenti  |             |
| N. di strumenti diffusi attraverso i canali istituzionali/strumenti prodotti<br>(www.regione.piemonte.it, www.dors.it, siti ASL,...) | -----   | 50% degli strumenti prodotti              | 50% degli strumenti prodotti | 100% degli strumenti prodotti   |             |

|   |  |                                      |   |   |   |
|---|--|--------------------------------------|---|---|---|
| Azione 3.1.3<br><b>Corso FAD WHP per operatori sanitari</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Progettare e realizzare un percorso di formazione a distanza, accreditato ECM, sulla WHP destinato agli operatori dei servizi sanitari. Il corso prevede 3 moduli tematici: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelli e strategie di WHP (ad esempio il modello del The Health Communication Unit del Centre of Health Promotion dell'Università di Toronto, l'Healthy workplace model dell'OMS);</li> <li>- Quali interventi (ad esempio per promuovere l'attività fisica, favorire e migliorare il benessere organizzativo, promuovere uno stile di vita salutare nel periodo pre-concezionale e durante la gravidanza);</li> <li>- Quali strumenti per informare e progettare in WHP (ad esempio questionari, check list, schede progetto, piani di valutazione, opuscoli).</li> </ul> <p>Il corso sarà progettato dal gruppo di lavoro regionale Guadagnare Salute Piemonte (GSP) in sinergia con altri soggetti o gruppi regionali opportunamente individuati sulla base delle competenze specifiche necessarie.</p> |                                      |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 3.1</b><br>Sviluppare nel SSR conoscenze e competenze per la promozione di stili vita salutari negli ambienti di lavoro |   |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Puntuale  |                                      |   |   |   |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 4 anni (2015-2018)   |                                      |   |   |   |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  |                                      | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                               |   |   |
|   |  |                                      | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   |
| Elaborazione moduli Corso FAD WHP                           |  | Definizione dei contenuti dei moduli | Elaborazione moduli tematici "Modelli e strategie" e "Quali interventi" | Elaborazione modulo "Quali strumenti per informare e progettare in WHP"   | -----   |
| N. ASL in cui si è erogato il corso FAD WHP/totale ASL      |  | -----                                | -----   | Avvio dell'erogazione del corso FAD WHP in almeno il 20% delle ASL  | Erogazione del corso FAD WHP in almeno il 40% delle ASL |

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| Azione 3.2.1<br><b>Progetti WHP</b>   | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Realizzare, localmente, nei luoghi di lavoro progetti multi-componente e multi-fattoriale per la promozione di stili vita salutari, partendo dalle esperienze consolidate realizzate da aziende pubbliche e/o private che vedono le ASL capofila o partner dei progetti.<br><br>Per favorire l'elaborazione e l'attivazione di progetti WHP multi-componente e multi-fattoriale – realizzati dalle ASL all'interno delle stesse aziende sanitarie o come partner in altre aziende pubbliche o private –, il gruppo di lavoro regionale Guadagnare Salute Piemonte (GSP) prevede di: |  |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 3.2</b><br>Favorire l'adozione di comportamenti salutari nella popolazione adulta che lavora |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>realizzare una ricognizione e un'analisi degli interventi e dei progetti WHP esistenti per individuare le azioni "trasferibili";</li> <li>attivare una "comunità di pratica" per accompagnare l'ideazione di progetti WHP multi-componente e multi-fattoriale.</li> </ul>  |  |   |  |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale   |  |   |  |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 3 anni (2016-2018)  |  |   |  |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |   |  |
|   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>  | <b>2017</b>   | <b>2018</b>  |
| Costituzione della comunità di pratica  | -----   | Definizione e costituzione della comunità di pratica                               | -----   | -----  |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Progetti realizzati localmente sul territorio di ciascuna ASL</b> | -----   | <b>Caricamento in Pro.Sa di tutti gli interventi/ progetti WHP attuati al 2016</b> | <b>Attivazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 40% delle ASL</b> | <b>Attivazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 100% delle ASL</b>                                     |

|   |  |                                   |   |  |             |
|---|--|-----------------------------------|---|--|-------------|
| Azione 3.3.1<br><b>Studio di fattibilità<br/>                 Rete WHP Piemonte</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Obiettivo: effettuare uno studio di fattibilità per la creazione di una Rete WHP piemontese.<br>Al fine di irrobustire le esperienze già in atto nel territorio e consolidare le relazioni intersettoriali già costruite, sarà avviato uno studio che prevederà:<br>- la ricerca e l'analisi delle esperienze in atto a livello nazionale e locale;<br>- la consultazione dei diversi portatori d'interesse: parti sociali (imprese e sindacati), medici competenti, ecc., a partire dal coinvolgimento del Comitato Regionale di Coordinamento (CRC);<br>- l'elaborazione di un Report con i risultati dello studio.<br><br>Lo studio sarà realizzato dal gruppo di lavoro regionale Guadagnare Salute Piemonte (GSP) in sinergia con altri soggetti o gruppi regionali opportunamente individuati sulla base delle competenze specifiche.<br><br>Nel 2017, in accordo con il CRC, sarà avviata la fase pilota della Rete WHP Piemonte in un ambito circoscritto; nel 2018 si avvierà la formalizzazione della Rete WHP Piemonte. |                                   |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 3.3</b><br>Studiare la fattibilità della creazione della Rete WHP Piemonte |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale   |                                   |   |  |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 4 anni (2015-2018)   |                                   |   |  |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  |                                   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |  |             |
|   |  | <b>2015</b>                       | <b>2016</b>                               | <b>2017</b>  | <b>2018</b> |
| Definizione del gruppo di lavoro e delle attività di ricerca e analisi              | - Costituzione del gruppo di lavoro<br>- Almeno 1 riunione   | Almeno 3 riunioni                 | Almeno 3 riunioni                         | -----  |             |
| <b>Indicatore sentinella:<br/>                 Esiti studio di fattibilità</b>      | -----  | <b>Bozza del Report elaborata</b> | <b>Report elaborato</b>                   | -----  |             |
| <b>Indicatore sentinella:<br/>                 Avvio della Rete</b>                 | -----  | Contatti con stakeholders         | Fase pilota della Rete WHP Piemonte       | <b>Formalizzazione della Rete WHP Piemonte</b>   |             |



## PROGRAMMA 4

# GUADAGNARE SALUTE PIEMONTE - PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE NEL SETTING SANITARIO

Nei programmi denominati “Guadagnare Salute Piemonte” è stato privilegiato un approccio di setting, sistematico, finalizzato a cambiamenti di lungo termine e incentrato sullo sviluppo del sistema attraverso interventi di tipo organizzativo, formativo e attraverso il rafforzamento delle alleanze con gli attori principali, tra cui il mondo dei servizi sanitari. Gli interventi da attuare nel territorio sono programmati all’interno dei Piani locali di prevenzione che ciascuna ASL redige annualmente per il proprio ambito di riferimento, in coerenza con le indicazioni regionali.

| Macro obiettivi   | Obiettivi centrali   | Obiettivi specifici regionali   | Indicatore OSR   | Standard OSR   |
|---|--|---|--|--|
| <p><b>MO1</b><br/>Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MALATTIE CRONICHE non trasmissibili</p> | <p><b>OC 1.3</b> Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol) nella popolazione giovanile e adulta</p> <p><b>OC 1.4</b> Ridurre il numero dei fumatori</p> <p><b>OC 1.5</b> Estendere la tutela del fumo passivo</p> <p><b>OC 1.6</b> Ridurre il consumo di alcol a rischio</p> <p><b>OC 1.10</b> Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT</p> <p><b>OC 1.11</b> Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche</p> | <p><b>OSR 4.1.</b> Incrementare conoscenze, abilità e motivazione degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti sani nella popolazione generale, nelle neomamme e nei soggetti a rischio attraverso specifiche metodologie (counselling breve, tecniche di identificazione precoce, dialogo aperto, MET ecc.).</p> <p><b>OSR 4.2.</b> Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici.</p> <p><b>OSR 4.3.</b> Attivare procedure per la razionalizzazione di flussi informativi e produrre raccomandazioni, linee d'indirizzo e indicazioni procedurali negli ambiti previsti dal sistema organizzativo e dalla normativa</p> <p><b>OSR 4.4.</b> Promuovere momenti di riflessione e dibattito all'interno dei Servizi a verifica della fattibilità ed efficacia degli interventi di promozione delle abilità di resilienza rivolti all'"utenza fragile", per la riduzione delle disuguaglianze nel ciclo di vita.</p> | <p><b>Indicatore OSR 4.1</b><br/>% operatori sanitari dei servizi coinvolti formati alle metodologie individuate</p> <p><b>Indicatore OSR 4.2</b><br/>N. percorsi preventivi e/o diagnostico terapeutici in cui sono inserite azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio/principali MCNT</p> <p><b>Indicatore OSR 4.3</b><br/>N. procedure attivate/programmate</p> <p><b>Indicatore OSR 4.4</b><br/>Realizzazione dei percorsi informativo-formativi sui temi individuati</p> | <p><b>Standard OSR 4.1</b><br/>30%</p> <p><b>Standard OSR 4.2</b><br/>Almeno uno per ogni MCNT</p> <p><b>Standard OSR 4.3</b><br/>80%</p> <p><b>Standard OSR 4.4</b><br/>Almeno 1 per tema</p> |
| <p><b>MO 3</b><br/>Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti</p>  | <p><b>OC 3.1</b><br/>Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali</p> <p><b>OC 3.2</b><br/>Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale</p>   |   |  |  |
| <p><b>MO5</b><br/>Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti</p>  | <p><b>OC 5.1</b> ridurre il numero di decessi per incidenti stradali</p> <p><b>OC 5.2</b> ridurre il n. di ricoveri</p> <p><b>OC 5.3</b> aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida</p>  |   |  |  |
| <p><b>MO6</b><br/>Prevenire gli incidenti domestici</p>   | <p><b>OC 6.4</b><br/>Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, mmg, pls</p> <p><b>OC 6.5</b><br/>Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico</p>  |   |  |  |

## Quadro strategico, profilo di salute e trend dei fenomeni

### Quadro strategico

I **servizi sanitari** sono un luogo strategico di progettazione e realizzazione di azioni individualizzate di prevenzione e promozione della salute sui comportamenti a rischio e protettivi negli ambiti:

- “fisiologico”: azioni per le persone che si rivolgono ai servizi sanitari in momenti fisiologici “particolari” in cui è rilevante l’aspetto dello stile di vita: ad esempio donne in gravidanza, neo mamme, *caregivers* di anziani, familiari di utenti psichiatrici, donne 45enni e oltre seguite da “prevenzione serena”, momenti nei quali i servizi sanitari e gli operatori – opportunamente formati – possono incidere molto sullo stile di vita;
- “clinico”: azioni nel contesto delle cure primarie o specialistiche per le persone con MCNT o a forte rischio di tali malattie, per le quali il cambiamento degli stili di vita gioca un ruolo fondamentale di prevenzione della patologia o delle sue complicanze;
- “lavorativo”: azioni formative specifiche per il miglioramento dello stile di vita dello stesso personale sanitario.

Due aspetti sono sottolineati da tutti i documenti consultati: il primo è che occorre **costruire competenze** negli operatori, perché siano in grado di promuovere ed accompagnare i cambiamenti di stili di vita delle persone a rischio/con patologie. La modalità di intervento in particolare che accomuna i diversi servizi sanitari, ed è trasversale a tutti i temi di salute su citati, è il **counseling**: la letteratura ne dimostra l’efficacia rispetto all’adozione di corretti stili di vita nonché al rinforzo motivazionale e supporto emotivo a utenti e familiari. Questo “strumento” dà la possibilità di rinforzare i messaggi/informazioni veicolate attraverso la creazione di una relazione di fiducia che è la base di una vera e propria alleanza terapeutica tra l’operatore e l’utente/familiari. Questo programma vuole quindi promuovere l’attenzione agli aspetti psicologici e relazionali nell’ambito degli interventi di educazione/assistenza/cura promossi dai servizi sanitari, nonché prevedere – tra gli obiettivi specifici regionali – lo sviluppo di una ricognizione delle attività di counseling promosse dalle ASL/ASO, con lo scopo ultimo di aumentarne l’efficacia rispetto a:

- informazione/educazione/formazione fornita agli utenti e ai familiari/*caregivers* (anche in termini di aumento di competenze di resilienza);
- adozione e mantenimento nel tempo di stili di vita favorevoli alla riduzione delle complicanze inerenti patologie già conclamate, integrando gli specifici percorsi sulla corretta alimentazione, riduzione consumo alcol, cessazione fumo con percorsi di prescrizione dell’esercizio fisico attraverso l’applicazione di modelli operativi collaudati.

Il secondo aspetto è che è fondamentale **agire in rete**, favorendo l’integrazione di tutte le componenti che entrano in gioco all’interno di **percorsi** che vedano il paziente e la sua famiglia protagonisti. In questo senso il programma mira a coinvolgere e raccordare l’azione dei diversi operatori: medici di famiglia, operatori delle cure primarie, specialisti, operatori della prevenzione, farmacisti, ecc.

In Piemonte sia il sistema delle cure ospedaliere che il sistema territoriale sono in profonda trasformazione ed il programma dovrà accompagnare e “sfruttare” tali trasformazioni. In particolare il documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni detta le Linee guida per la riorganizzazione del territorio con il riassetto delle cure primarie e lo sviluppo della farmacia dei servizi. Quindi, si prospetta l’attivazione delle AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) e delle UCCP (Unità complesse di cure primarie) costruendo una rete assistenziale a maglia stretta, insieme alle strutture ospedaliere, i distretti, le organizzazioni socio-assistenziali e l’integrazione con il sistema di emergenza e il servizio di continuità assistenziale.

Il programma si colloca in un **quadro legislativo/normativo allargato** (l’Unione Europea e l’OMS hanno sottolineato la necessità di implementare attività di promozione della salute per la popolazione generale basata sulla prevenzione delle problematiche alcol e fumo/correlate, e vuole ispirarsi ai principi EBP (*evidence based prevention*) rispetto alla progettazione ed adozione di strategie di promozione, prevenzione – ma anche gestione – inerenti il contrasto delle MCNT.

La strategia globale per l’alimentazione del lattante e del bambino (OMS 2002) richiamata nel Piano di azione dell’Unione europea *Protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno in Europa* riconosce e promuove il ruolo fondamentale che l’allattamento al seno svolge per l’affermazione del diritto del bambino al più alto standard di salute raggiungibile, suffragata in questo da una vasta mole di prove d’efficacia pubblicate da agenzie delle Nazioni unite, Governi, ricercatori, associazioni professionali ed organizzazioni non governative; le raccomandazioni mirano a indirizzare tutti gli operatori sanitari che si occupano dei genitori e dei bambini durante

la gravidanza, il parto e nei primi tre anni di vita – a livello primario, negli ospedali e sul territorio – verso pratiche ottimali e basate su prove d'efficacia per la protezione, la promozione ed il sostegno di una sana alimentazione del lattante e del bambino.

Per quanto riguarda la salute mentale, fonti autorevoli sono il *Mental Health Action Plan 2013-2020*, il Rapporto OMS 2004-2005 *Promoting Mental Health*, il Libro verde della Commissione Europea *Migliorare la salute mentale della popolazione* e il documento *Health 2020* dell'OMS, i quali auspicano che la salute mentale sia garantita a tutti e propongono l'adozione di strategie "comunitarie" per creare consapevolezza e cambiamento, secondo un **approccio salutogenico** che si concentra sugli aspetti positivi (resilienza, capacità di autogoverno, sentimento di felicità, risorsa psicologica di autostima...), e privilegia una metodologia di coinvolgimento attivo e partecipato degli utenti dei servizi.

È altresì possibile individuare fasce di popolazione fragile a cui i servizi sanitari (in integrazione con altri settori) dovrebbero rivolgere particolare attenzione, quali ad esempio i neo genitori, i *caregivers* di anziani (in particolare anziani non autosufficienti), i familiari e utenti dei servizi psichiatrici.

Ancora sul tema della promozione della salute mentale, in particolare dell'intervento nel momento dell'esordio psicotico, la linea perseguita in questo programma intende "andare oltre" l'identificazione precoce vera e propria di soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali, privilegiando il concetto di "tempestività temporale", nel senso del tempo che intercorre tra l'esordio di malattia, in particolare i disturbi dello spettro psicotico, e l'inizio del trattamento (DUP). I pochi studi disponibili indagano gli effetti di interventi tempestivi, su alcuni outcome ritenuti indicatori di prognosi, oppure testano la capacità degli stessi di ridurre la durata della psicosi non trattata (DUP). Una DUP breve risulterebbe correlata a un'evoluzione di malattia più benevola e forse a una migliore prognosi, ma anche in questo caso il consenso nel mondo scientifico è tutt'altro che unanime.

In questo panorama si colloca il modello finlandese di Seikkula e Olson, un approccio valutativo e terapeutico che coinvolge tutto il nucleo familiare, che si svolge preferibilmente a domicilio, aperto al dialogo, alla lettura di sistema e orientato ai bisogni, che lascia in secondo piano il trattamento farmacologico, e viene adottato da molti a livello internazionale anche in forza delle evidenze; la Regione Piemonte coordina un progetto nazionale CCM che ha come obiettivo la valutazione della trasferibilità (prassi operativa e organizzativa) di questo sistema di trattamento nei DSM italiani.

## Profilo di salute, trend dei fenomeni

Il Report *La salute in Piemonte nelle opinioni dei suoi abitanti*<sup>1</sup> presenta i principali risultati dell'indagine: *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anni 2012-2013*, l'indagine tematica sulla salute che l'ISTAT conduce periodicamente nell'ambito del sistema di Indagini Multiscopo sulle Famiglie. Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi sanitari da tale report si evince che nel 2013, nelle 4 settimane precedenti l'intervista, oltre il 10% dei cittadini italiani ha effettuato un esame del sangue, circa il 15% una visita specialistica e oltre il 6% un accertamento diagnostico specialistico; l'accesso a queste prestazioni è in crescita su tutto il territorio nazionale, anche nella popolazione anziana.

Molto frequenti sono anche gli accessi dei cittadini agli ambulatori del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, nonché gli accessi delle donne ai servizi del Dipartimento Materno-Infantile durante la gravidanza e nei mesi successivi; inoltre intere coorti di popolazione vengono chiamate attivamente per l'effettuazione di interventi di prevenzione (es: vaccinazioni e screening oncologici). È quindi evidente che il setting sanitario ha una potenzialità notevole di essere veicolo di informazioni o azioni per il miglioramento degli stili di vita della popolazione.

Del resto la relazione tra abitudini comportamentali e condizioni di salute è nota agli operatori sanitari. Per esempio la sorveglianza PASSI indica che tra gli ipertesi ed ipercolesterolemici di età compresa tra 18 e 69 anni, circa 8 su 10 hanno ricevuto consiglio di controllare queste condizioni con misure comportamentali e/o dietetiche e con prevalenze maggiori di quelle con le quali risultano somministrati farmaci per lo stesso scopo. Anche le differenze con i valori di pool nazionale sono generalmente non rilevanti ma, per le persone con colesterolemia elevata, in Piemonte si registra rispetto al pool una diffusione del consiglio di fare attività fisica e dell'uso di farmaci minore.

---

<sup>1</sup> [www.dors.it/alleg/newcms/201503/multiscopo\\_web.pdf](http://www.dors.it/alleg/newcms/201503/multiscopo_web.pdf)

Al momento però l'attenzione agli stili di vita da parte degli operatori sanitari (medici, ma anche operatori sanitari in genere) risulta percepita da meno della metà dell'intera popolazione di 18-69 anni di età e con prevalenze molto diverse tra comportamenti. Come per ogni azione di comunicazione, questo risultato dipende da numerosi fattori che riguardano la parte emittente (gli operatori del sistema sanitario), quella ricevente (il cittadino) e il contesto in cui la comunicazione si svolge; esso rappresenta comunque un elemento di riflessione per la realizzazione degli interventi nei prossimi anni considerato che si ripropone su tutto il territorio nella sostanza delle differenze osservate nell'attenzione ai diversi comportamenti, ma che presenta anche prevalenze diverse tra le ASL del Piemonte, indicativi di elementi locali che possono favorire od ostacolare questa attenzione.

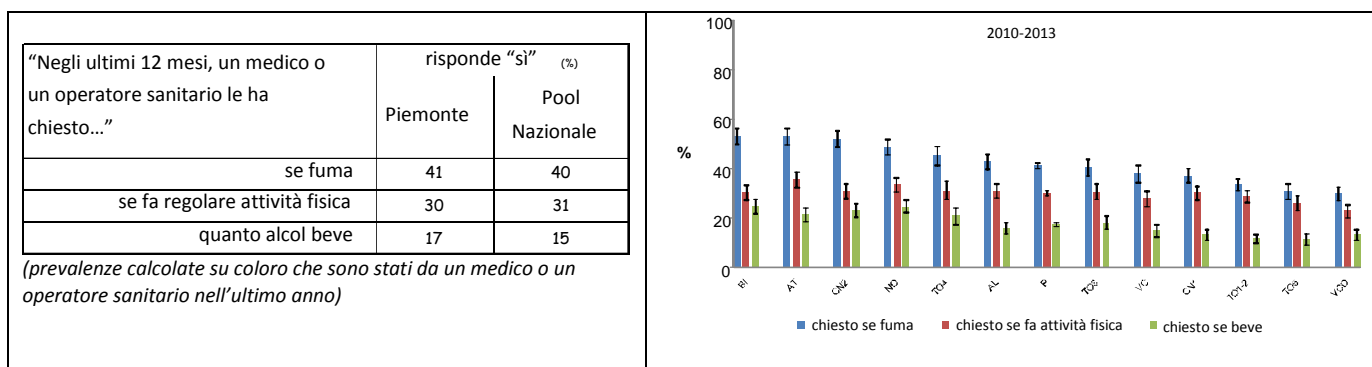
Per gli indicatori della sorveglianza PASSI relativi all'attenzione e ai consigli degli operatori sanitari sugli stili di vita, un elemento di preoccupazione abbastanza diffuso sul territorio nazionale e che coinvolge anche il Piemonte è la loro stabilità, e talvolta la loro diminuzione, nel tempo, a fronte di un incremento auspicabile ed esplicitamente atteso dal PNP su situazioni specifiche.

| 18-69 anni  | % | Piemonte | Pool nazionale |
|---|---|----------|----------------|
| <b>Ipertesi che hanno ricevuto il consiglio del Medico di tenere sotto controllo la pressione attraverso:</b> |   |          |                |
| - riduzione del sale nel cibo   |   | 88       | 89             |
| - attività fisica regolare  |   | 80       | 83             |
| - controllo del peso  |   | 79       | 81             |
| <i>Utilizzano farmaci</i>   |   | 78       | 79             |

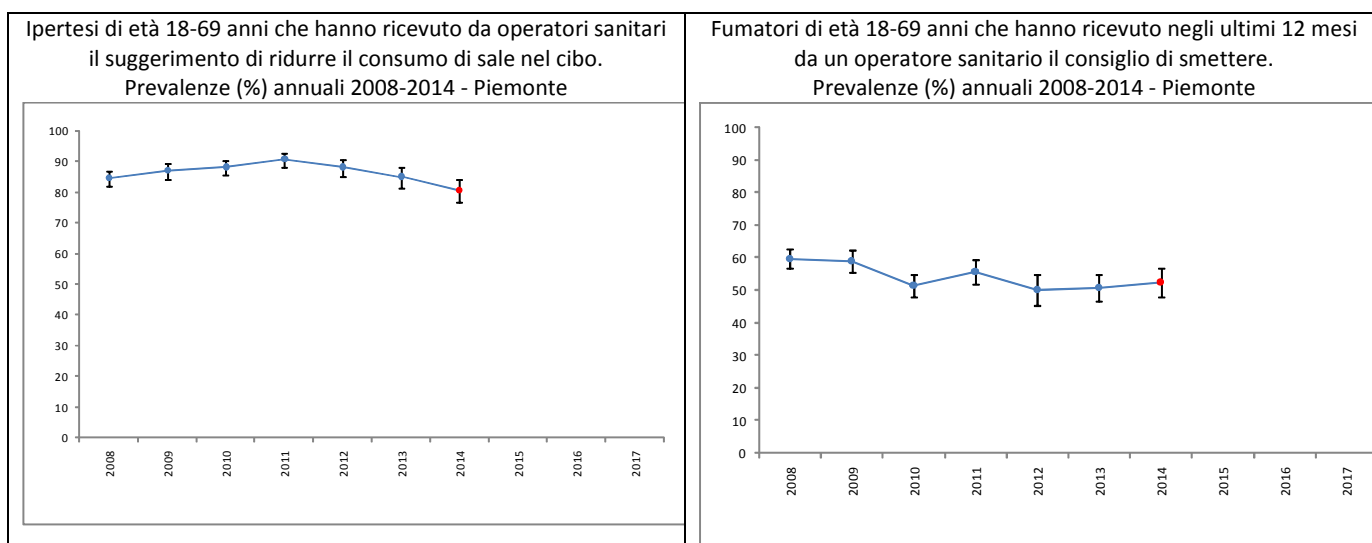
  

| 18-69 anni  | % | Piemonte | Pool nazionale |
|---|---|----------|----------------|
| <b>Persone con colesterolemia elevata che hanno ricevuto il consiglio del Medico di tenerla sotto controllo attraverso:</b> |   |          |                |
| - minor consumo di carne e formaggi   |   | 89       | 89             |
| - aumento di frutta e verdura   |   | 78       | 81             |
| - attività fisica regolare  |   | 79       | 82             |
| - controllo del peso  |   | 75       | 78             |
| <i>Utilizzano farmaci</i>   |   | 29       | 32             |

**Tabella 1.** Consiglio dell'operatore sanitario a ipertesi e ipercolesterolemici. PASSI 2010-2013



**Figura 1.** Attenzione agli stili di vita da parte degli operatori sanitari. PASSI 2010-2013



**Figura 2.** Attenzione agli stili di vita da parte degli operatori sanitari in situazioni specifiche

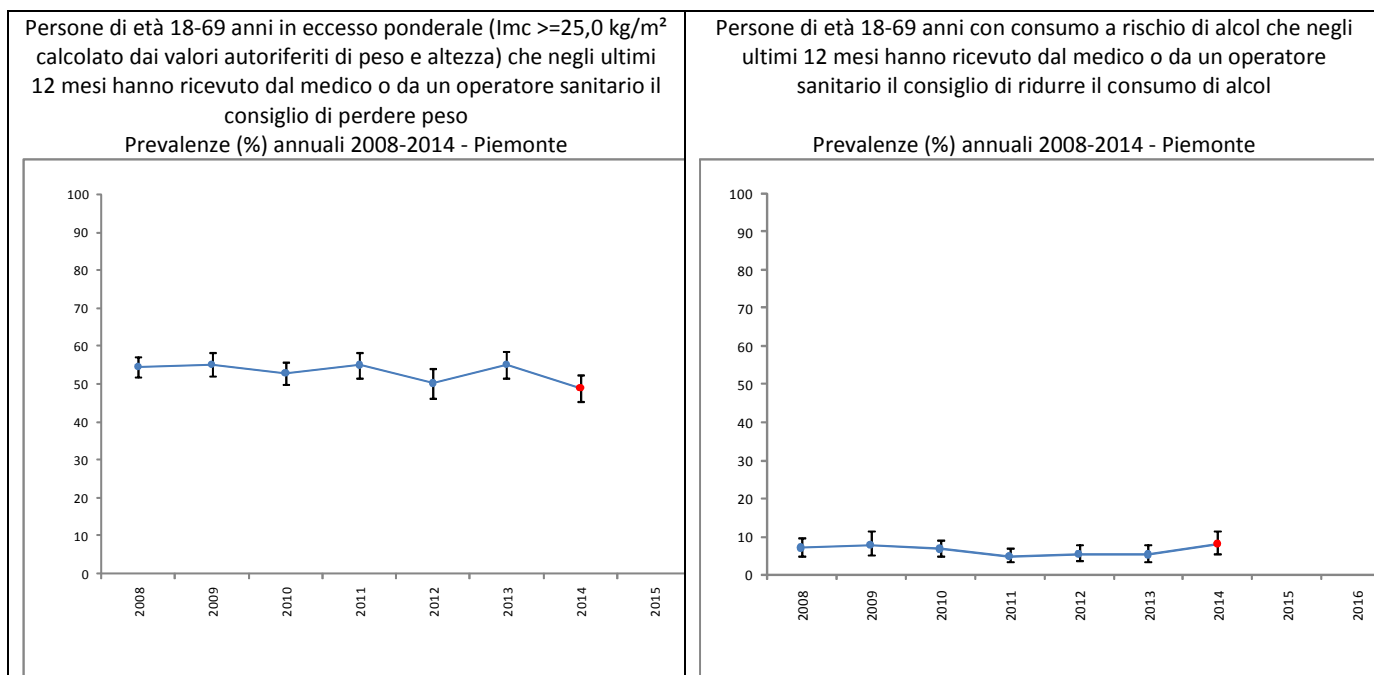


Figura 3. Attenzione agli stili di vita da parte degli operatori sanitari in situazioni specifiche/2

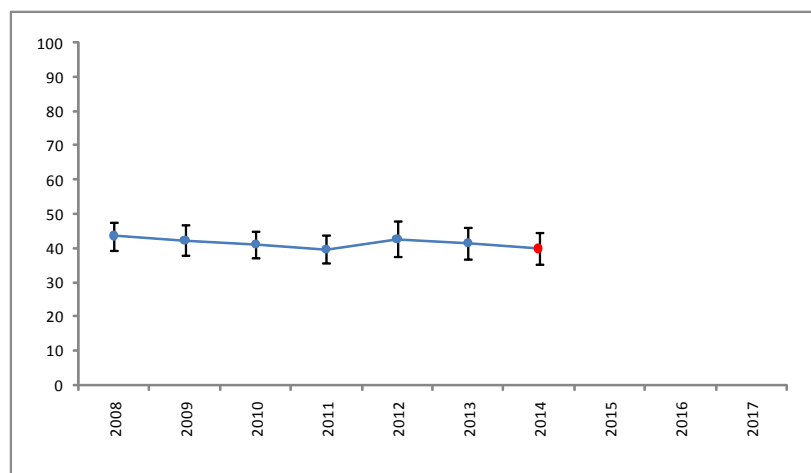


Figura 4. Persone di età 18-69 anni con patologia cronica che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica. Prevalenze (%) annuali 2008-2014 - Piemonte

Il Bollettino 2012 *Fatti e cifre sulle dipendenze e sull'alcol in Piemonte*<sup>2</sup>, pubblicato dall'Osservatorio epidemiologico delle dipendenze della Regione Piemonte, ci dice che continuano a diminuire i ricoveri per patologie alcol correlate. Nell'ultima rilevazione si è registrata una flessione del numero di soggetti che si rivolgono ai Dipartimenti per le Dipendenze per richiedere un trattamento per problematiche alcol correlate. Persiste la dispersione dei ricoveri per dipendenza e abuso di alcol in reparti diversi a seconda dell'area geografica di riferimento.

Secondo il Bollettino 2013 *Fatti e cifre sul fumo di tabacco in Piemonte*<sup>3</sup>, che raccoglie e integra i dati di più fonti informative (come SDO, ISTAT, PASSI e lo studio *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*, ESPAD), diminuiscono i ricoveri attribuibili al fumo passando da 39.923 nel 1996 (7% del totale) a 21.307 nel 2011 (4% del totale, tra gli adulti sopra i 34 anni); tra il 2009 e il 2012 si assiste a un graduale decremento dei livelli di tabagismo tra gli adolescenti: la prevalenza di coloro che hanno fumato almeno una sigaretta è passata dal 64% al 60% e la percentuale dei fumatori abituali è scesa dal 28% al 23%.

<sup>2</sup> [www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/boll\\_TDalcool\\_Piemonte\\_marzo2013.pdf](http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/boll_TDalcool_Piemonte_marzo2013.pdf)

<sup>3</sup> [www.oed.piemonte.it/pubblc/4\\_bollettini/BollFUMO2013.pdf](http://www.oed.piemonte.it/pubblc/4_bollettini/BollFUMO2013.pdf)

Per quanto riguarda la *salute mentale*, PASSI stima che in Piemonte nel periodo 2010-2013 tra 18 e 69 anni quasi il 6% della popolazione (corrispondenti ad oltre 170mila persone) presenti sintomi indicativi di depressione, con prevalenze che aumentano con l'età e con il diminuire del livello di scolarità e di condizioni economiche; anche l'aver una patologia cronica è una condizione che risulta associata ad una più elevata prevalenza di sintomi di depressione (12%). Il medico o l'operatore sanitario sono le principali figure di riferimento, ma ad essi si rivolge solo il 43% di queste persone (37% esclusivamente, 7% rivolgendosi anche a familiari ed amici). Analogamente a quanto si osserva nel pool nazionale tra le persone con sintomi indicativi di depressione, tra i 18 e 69 anni quasi 4 su 10 non si rivolgono a nessuno per questi problemi.

Per quanto riguarda l'*allattamento al seno*, le performance dei DMI regionali rispetto alle pratiche di promozione dell'allattamento al seno durante il percorso nascita (partecipazione a incontri di accompagnamento alla nascita, utilizzo dell'Agenda di Gravidanza, messa al seno precoce, allattamento durante la degenza al PN, allattamento alla dimissione, uso del biberon) sono monitorate attraverso il Certificato di Assistenza al parto e le SDO, il decadimento dell'allattamento al seno è monitorato in maniera disomogenea nell'ambito della Regione facendo parte di programmi locali che utilizzano strumenti diversi per la raccolta dei dati (Bilanci di salute, questionari al momento delle vaccinazioni). I dati raccolti in alcune situazioni puntuali campione mostrano indizi di una situazione abbastanza confortante per il mantenimento dell'allattamento esclusivo.

Anche rispetto all'indicatore nazionale tratto dall'Indagine Multiscopo il Piemonte si colloca sopra la media nazionale dell'indicatore suggerito, ma con buoni margini di miglioramento ancora possibili.

**Tabella 2.** Allattamento al seno. Fonte: elaborazione DoRS su dati ISTAT, Indagine multiscopo sulle famiglie: Salute 2013

% donne con allattamento esclusivo al seno

|                   |                               |      |       |
|-------------------|-------------------------------|------|-------|
| <b>Vercelli</b>   | ai bilanci di salute 4-5 mesi | 2012 | 63,4% |
| <b>Verbania</b>   | ai bilanci                    | 2013 | 60%   |
| <b>Moncalieri</b> | alla 2° vaccinazione          | 2012 | 43,6% |

% grezze di donne che allattano al seno per età del bambino - Piemonte  
(Per le donne con l'ultimo figlio con meno di 6 anni)

| Età del bambino      | %     | IC inf. | IC sup. |
|----------------------|-------|---------|---------|
| <b>Fino a 6 mesi</b> | 43,56 | 37,1    | 50,02   |
| <b>Oltre</b>         | 56,44 | 49,98   | 62,9    |

% grezze di donne che allattano al seno per età del bambino - Italia  
(Per le donne con l'ultimo figlio con meno di 6 anni)

|                      | %     | IC inf. | IC sup. |
|----------------------|-------|---------|---------|
| <b>Fino a 6 mesi</b> | 48,96 | 47,12   | 50,8    |
| <b>Oltre</b>         | 51,04 | 49,2    | 52,88   |

## Obiettivi e attività del programma in continuità con il PRP 2010-2014

Questo programma intende proseguire la messa a punto – a livello regionale e/o di singola ASL – di percorsi integrati di prevenzione/assistenza/supporto/cura, attraverso:

- l'intersectorialità tematica (fumo/alcol/alimentazione/attività fisica/salute mentale);
- la collaborazione tra differenti servizi (DMI, SeRT/D, DSM, SPRESAL, Dip prevenzione, servizio Medico Competente, Servizi specialistici per MCNT, Medicina dello Sport, ecc.) e Reti Regionali (es. Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, CPO Centro Prevenzione Oncologica, Rete di psicologia dell'Adolescenza), tra differenti professionisti interni ed esterni (es. MMG, PLS) all'azienda, tra differenti settori (sanitario, sociale, associazionismo, privato, ecc.);
- strategie di promozione dell'*empowerment* individuale e della partecipazione attiva;
- la sinergia con progetti "di ampio respiro" già avviati sul territorio piemontese: Genitori Più (target i genitori di bambini nei primi anni di vita) – tra cui i sottoprogetti Allattamento al seno, Nati per Leggere, Nati per la Musica e il progetto CCM "Mamme libere dal fumo", con focus particolare sull'area materno-infantile per

quanto riguarda fumo attivo e passivo), progetto FUCSAM (progetto follow-up e stili di vita per pazienti con pregresso tumore della mammella e del colon-retto), progetto "In rete per ambienti sanitari liberi dal fumo" (rivolto ai dipendenti ASL/ASO), Rete "Ospedali per la promozione della salute" (HPH - *Health Promoting Hospital*); progetto CCM Open Dialogue (intervento su esordi psichiatrici).

In particolare il progetto regionale di "Promozione e sostegno dell'allattamento al seno" ha avuto inizio nel 1997/98; ha costituito occasione di conoscenza e coordinamento dei molteplici servizi della tutela materno-infantile confluiti nei DMI, nell'ottica di "percorsi assistenziali" che collegano territorio-ospedale-territorio, e ha permesso l'avvio di quel processo di integrazione che è fondamentale per una risposta efficiente, efficace ed economica alla domanda di salute dell'età evolutiva.

La Regione Piemonte ha programmato un intervento di formazione ed implementazione di programmi locali di adeguamento ai modelli assistenziali appropriati per la promozione e sostegno dell'allattamento al seno sull'intero territorio regionale che prevede il coinvolgimento di tutti gli operatori che hanno contatti con la gravida e la neomamma. L'impegno formativo prevede l'interdisciplinarietà degli interventi, la valorizzazione degli operatori non medici, il collegamento territorio-ospedale, la verificabilità degli obiettivi. Dal 2010 al 2014 sono stati realizzati 81 corsi, con la partecipazione di 1668 operatori.

Il progetto regionale è articolato in tre fasi: formazione di base, perfezionamento, progettazione e monitoraggio. Le evidenze scientifiche alla base del progetto sono sintetizzate nei cosiddetti "10 Passi" dell'OMS-Unicef, volti a favorire le modifiche delle routine assistenziali che possono ostacolare il successo dell'allattamento materno e costituiscono il cardine della formazione, nonché uno degli elementi del monitoraggio e traccia per i progetti di miglioramento. Il rispetto dei 10 passi è la base per ottenere la certificazione di Ospedale e Comunità amici dei bambini.

La seconda fase del progetto, in particolare, si è focalizzata l'attenzione sulla realizzabilità del 10° passo attraverso la creazione di una rete di sostegno per le mamme in allattamento che incentri il suo intervento su:

- creazione di punti di sostegno all'allattamento all'interno dei Consultori familiari;
- forte collaborazione tra punto nascita, punti di sostegno, pediatri di famiglia e gruppi di auto-aiuto tra mamme.

L'obiettivo della formazione di operatori esperti in allattamento materno all'interno dei DMI è stato conseguito attraverso corsi di perfezionamento regionali cui hanno partecipato operatori dei Punti Nascita e operatori di distretto.

Il programma si pone in continuità e con intento di sostegno/rinforzo/generalizzazione di azioni già intraprese in modo più o meno diffuso nelle Aziende Sanitarie e che hanno dato esiti positivi:

- interventi di disassuefazione fumo e dipendenze – afferenti o meno a progetti regionali, ad es. Mamme libere dal fumo – a cura degli operatori sanitari e dei servizi coinvolti sul tema (SerD/T, sportelli ospedalieri, CTT,...), dei professionisti esterni quali MMG, con erogazione di corsi ad hoc per l'aumento delle competenze di counseling breve;
- promozione dell'esercizio-terapia per soggetti con patologie esercizio-sensibili (diabetici, cardiopatici, utenti psichiatrici,...);
- per la promozione del benessere mentale e fisico: supporto al ruolo genitoriale per neo genitori (compresi promozione e sostegno dell'allattamento al seno);
- supporto psicologico e orientamento/informazione per i *caregivers* di anziani (dementi, con Alzheimer, non autosufficienti, ...);
- per il tema della prevenzione degli incidenti stradali, interventi di counseling motivazionale breve, da parte dei membri della commissione medica locale, durante la visita per il rilascio della patente a soggetti in trattamento; e counseling per la promozione dell'uso di seggiolini (presso gli ambulatori vaccinali);
- counseling "opportunistico" per genitori (c/o consultorio, ambulatorio pediatrico, ambulatorio vaccinale) per la prevenzione degli incidenti domestici in età infantile;
- sperimentazione del ruolo della farmacia come sede per l'identificazione precoce di soggetti affetti da alcune delle principali patologie croniche (es. diabete) e attività di counseling.

Sinergie nazionali/europee sono rappresentate dal progetto IPIB "Programma per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol finalizzato alla prevenzione", finanziato nel 2011 dal Dipartimento delle Politiche antidroga (Dpa), e affidato all'Osservatorio nazionale alcol e all'Istituto Superiore di Sanità (obiettivo: potenziare le abilità professionali degli operatori sanitari impegnati nell'assistenza sanitaria primaria per la realizzazione di interventi specifici offerti ai pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol); dal progetto nazionale "Trapianto... e adesso Sport", promosso da alcuni anni dal Centro Nazionale Trapianti, con l'obiettivo di diffondere tra i trapiantati l'importanza dell'attività fisica dopo



l'intervento; infine dal progetto europeo "Empowerment hospital", sull'integrazione ospedale-territorio per la riduzione delle recidive, con capofila l'ospedale dell'ASL di Biella.

## Studi, prove di efficacia, raccomandazioni

1) *Il cambiamento del comportamento: approcci individuali* – National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Traduzione parziale in lingua italiana della guida: *Behaviour change: individual approaches*. NICE public health guidance 49, gennaio 2014, a cura di DoRS<sup>4</sup>. La guida raccomanda una serie di azioni per la progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi finalizzati al cambiamento di stili di vita non salutari, principalmente rivolti ai singoli con più di sedici anni. Questi interventi aiutano le persone a:

- migliorare le abitudini alimentari e adottare uno stile di vita attivo;
- perdere peso se sono in sovrappeso od obese;
- smettere di fumare;
- ridurre il consumo di alcol;
- praticare sesso sicuro per prevenire gravidanze indesiderate e una serie di malattie a trasmissione sessuale (quali clamidia e HIV).

La guida comprende una serie di approcci che vanno da interventi di counseling individuale – realizzati sapendo cogliere un'occasione favorevole nel contesto sanitario – a interventi intensivi sviluppati in più incontri.

2) *2008-2013 Action Plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*<sup>5</sup>. L'OMS sostiene che circa l'80% delle MCNT (come le patologie cardiovascolari, il cancro, il diabete e i disturbi respiratori cronici) potrebbe essere prevenuto eliminando alcuni fattori di rischio come il consumo di tabacco, un'alimentazione scorretta, l'inattività fisica e il consumo eccessivo di alcol; per questo ha sviluppato un Piano di azione specifico: il documento fornisce ai singoli Stati e alla comunità internazionale linee guida per stabilire e rafforzare le iniziative per la sorveglianza, la prevenzione e la gestione delle malattie croniche non trasmissibili.

3) Fleming, 1997 - Moyer et al., 2002 - Kaner et al, 2007: *linee guida NICE 2010*: ci sono evidenze scientifiche che indicano come l'identificazione precoce e l'intervento breve sia la più appropriata strategia preventiva per far fronte al problema alcol a livello di popolazione e tra quelle più vantaggiose e sostenibili in termini di valutazione costi-benefici.

4) Sul ruolo dell'allattamento al seno nella promozione della salute dei bambini e sui suoi riflessi anche sulla prevenzione delle MCNT, nonché sul cruciale ruolo dei servizi sanitari nella sua promozione, si rimanda alle revisioni sistematiche e alle raccomandazioni prodotte negli scorsi anni da OMS e UNICEF:

- WHO Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva, World Health Organization, 2001.
- WHO and UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services. Geneva, World Health Organization, 1989.
- WHO Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses /Bernardo L. Horta... [et al.]. World Health Organization 2009.

5) Numerose evidenze di Letteratura scientifica raccomandano l'utilizzo dell'esercizio fisico nel setting sanitario, anche attraverso corrette modalità di prescrizione dell'esercizio fisico (in termini di tipologia, intensità, quantità) nella prevenzione primaria e secondaria delle patologie croniche esercizio-sensibili, quali ad esempio diabete mellito, cardiovasculopatie, patologie oncologiche ed altre. Inoltre, l'esercizio fisico adeguato e regolare, ancor più se supportato da un *trainer* appositamente formato, ha dimostrato di ridurre il costo dei trattamenti e di migliorare la percezione della qualità della vita.

- World Health Organization, *Global recommendations on physical activity for health 2010*. ISBN 978 92 4 159997 9
- Gordon O Matheson, Martin Klügl, Jiri Dvorak, Lars Engebretsen, Willem H. Meeuwisse, Martin Schwellnus, Steven N Blair, Willem van Mechelen, Wayne Derman, Mats Börjesson, Fredrik Bendiksen, Richard Weiler, *Responsibility of sport and exercise medicine in preventing and managing chronic disease: applying our knowledge and skill is overdue*. Br J Sports Med doi:10.1136/bjsports-2011-090328.
- World Health Organization, *Global action plan for the prevention and control of NCDs, 2013-2020*, 2013. ISBN 978 92 4 150623 6.

<sup>4</sup> [www.guidance.nice.org.uk/ph49](http://www.guidance.nice.org.uk/ph49)

<sup>5</sup> <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>

- Documento di Consenso della Task Force Multisocietaria: Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI), Società Italiana di Cardiologia dello Sport (SIC Sport), Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri (ANCE), Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa (GICR), Società Italiana di Cardiologia (SIC), *Linee guida La prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico*, Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 88.62.78.197.
- Quinta Task Force congiunta della Società Europea di Cardiologia e di altre Società sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari nella Pratica Clinica, *Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (versione 2012)*, Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 88.62.78.197.
- Chudyk A, Petrella RJ. Effects of exercise on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes - A meta-analysis. *Diabetes Care* 2011; 34: 1228-1237.
- Balducci S, Zanuso S, Nicolucci A, et al.; for the Italian Diabetes Exercise Study (IDES) Investigators. Effect of an intensive exercise intervention strategy on modifiable cardiovascular risk factors in subjects with type 2 diabetes mellitus - A randomized controlled trial: The Italian diabetes and Exercise Study (IDES). *Arch Intern Med* 2010;170:1794-1803.
- Timothy S. Church, Steven N. Blair, *When will we treat physical activity as a legitimate medical therapy... even though it does not come in a pill?* *Br J Sports Med* 2009; 43: 80-81 Editorial.
- CJ Jimenez. *Diabetes and exercise: the role of the athletic trainer*. *Journal of Athletic Trainer* 1997;32:339-43.
- American College of Sports Medicine (ACSM), *Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, 2013.
- Carmen Fiuza-Luces, Nuria Garatachea, Nathan A. Berger and Alejandro Lucia, *Exercise is the Real Polypill*, *Physiology* 28:330-358, 2013. doi:10.1152/physiol.00019.2013.
- Jones TF ; Eaton CB. *Cost-benefit analysis of walking to prevent coronary heart disease*. *Arch Fam Med*, Aug 1994.
- De Feo P, Perrone C, Fatone C, et al. Exercise therapy, as a core element of a multidisciplinary lifestyle intervention in type 2 diabetes, is cost saving for the healthy national service Abstract Book, Hepa Conference, Helsinki, 21-24, October, 2013.
- Avery L, Flynn D, van Wersch A, et al. Changing physical activity behavior in type 2 diabetes - A systematic review and meta-analysis of behavioral interventions. *Diabetes Care* 2012; 35: 2681-2689.

6) Una revisione degli studi sugli esiti in ordine di sviluppo cognitivo, socio emozionale o di salute mentale di programmi che hanno introdotto componenti di supporto psicosociale ai genitori, di stimolazione precoce e di interazione responsiva tra genitori e bambini ha calcolato i benefici in termini di ritorno economico dell'investimento iniziale sulla società in un range che va da 6,4 a 17,6 volte l'investimento iniziale (P.L. Engle, L. Fernald, H. Aderman et al. *Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries*. *Lancet*, Sep 23, 2011).

7) Sempre a supporto della promozione del benessere mentale per i neo genitori e del conseguente impatto sulla riduzione delle disuguaglianze si segnala: F. Cunha, J. Heckman. *Investing in Our Young People*. National Bureau of Economic Research. Luglio 2010<sup>6</sup>.

8) I lavori seguenti costituiscono raccomandazioni inerenti il lavoro di *empowerment* con i *caregivers*.

- Building resilience of family caregivers. *Social Service Journal*. Vol. 14, Dec 05/Jan 06<sup>7</sup>.
- Mecocci P. La qualità di vita dei caregiver, VI Corso di Riabilitazione Cognitiva (*slides*)<sup>8</sup>.
- Bonati PA. Le implicazioni sociali. Quale futuro per i caregivers. Congresso Nazionale Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (*slides*)<sup>9</sup>.
- *New Scientific Strategies for Managing Stress Building Resilience*<sup>10</sup>.
- *Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers*<sup>11</sup>.
- *Caring for the caregiver: why your mental health matters when you are caring for others*<sup>12</sup>.

9) A supporto dell'efficacia dell'intervento precoce negli esordi psichiatrici e del modello OD di Seikkula, si citano i seguenti lavori.

- WHO. *User empowerment in mental health*. A statement by the WHO Regional Office for Europe, 2010<sup>13</sup>: report dell'OMS che specifica l'azione da intraprendere per rafforzare la responsabilizzazione dell'utente e del caregiver, raccomandando ai servizi sanitari l'ascolto e il coinvolgimento delle persone con problemi di salute

<sup>6</sup> <http://www.nber.org/papers/w16201.pdf>

<sup>7</sup> [www.ncss.org.sg/documents/ssj\\_Dec-Jan06.pdf](http://www.ncss.org.sg/documents/ssj_Dec-Jan06.pdf)

<sup>8</sup> [www.sigg.it/diapositive52/riabilitazione/05Mecocci.pdf](http://www.sigg.it/diapositive52/riabilitazione/05Mecocci.pdf)

<sup>9</sup> [www.sigg.it/diapositive53/27/Bonati.pdf](http://www.sigg.it/diapositive53/27/Bonati.pdf)

<sup>10</sup> [www.uctv.tv/shows/New-Scientific-Strategies-for-Managing-Stress-Building-Resilience-and-Bringing-Balance-to-Life-20631](http://www.uctv.tv/shows/New-Scientific-Strategies-for-Managing-Stress-Building-Resilience-and-Bringing-Balance-to-Life-20631)

<sup>11</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2766264](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2766264)

<sup>12</sup> [wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH\\_GIAS\\_CaringForTheCaregiver.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH_GIAS_CaringForTheCaregiver.pdf)

<sup>13</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/113834/E93430.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf)

mentale e le loro famiglie (*empowerment* come valorizzazione e consapevolezza delle proprie delle risorse e competenze personali).

- *Early intervention for psychosis* (Cochrane Review 2011).
- Linea Guida (ottobre 2007) *Gli interventi precoci nella schizofrenia*. SNLG – Sistema nazionale per le linee guida.
- Warner R. *Intervento precoce nelle psicosi: un'analisi critica*. *Nòos – Aggiornamenti in psichiatria*, 2: 2005; pp. 77-87.
- Seikkula J. *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Giovanni Fioriti Editore (a cura di Chiara Tarantino), 2014.

## Sinergie con altri programmi regionali, nazionali e/o europei

Il programma è strettamente correlato agli altri programmi di setting di “Guadagnare Salute Piemonte” e con il programma “Screening di popolazione” del PRP.

È inoltre correlato con il Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PAR) anni 2012-2015, con la Rete Ospedali che promuovono salute (Rete HPH), con il Progetto Genitori Più, con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta, con il Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) per il diabete mellito.

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva

Data la complessità del quadro logico, in cui sono allocate 21 azioni, pare opportuno sintetizzare per temi.

Le prime tre azioni riguardano il **sostegno della genitorialità**: le attività previste per la promozione dell’allattamento al seno mirano a dare continuità al Programma Regionale di Protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno, in particolare a realizzare le iniziative di formazione/aggiornamento per gli operatori dei Dipartimenti Materno-Infantili eleggibili nel periodo e a definire le modalità di monitoraggio dei dati sull’allattamento al seno, che entrano nel profilo di salute materno infantile dei DMI.

Sempre all’interno delle tematiche dell’ambito **materno-infantile** si colloca il percorso formativo teso ad analizzare la sostenibilità dello strumento delle “home visiting” quale strumento di elezione nel sostegno alla genitorialità, nonché la messa a punto e la diffusione di strumenti comunicativi multilingue per le azioni di promozione della salute in continuità col programma “Genitori più”.

Due azioni sono centrate sugli obiettivi del **contrasto al tabagismo**. La prima riguarda la sistematizzazione e la valorizzazione degli interventi operati da ASL e ASO con la partecipazione di tutte le figure professionali interessate, in particolare è previsto il coinvolgimento delle Strutture Medico Competenti come promotori della salute negli ambienti di lavoro. La seconda tende a potenziare l’offerta terapeutica tramite l’analisi della situazione attuale finalizzata ad una miglior appropriatezza degli interventi e prevede momenti di formazione specifica per gli operatori.

Le due azioni specifiche sul tema **alcol** vertono sull’identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso ed sull’utilizzo dell’intervento specifico breve tramite momenti formativi ad hoc, produzione di materiale e supporto tecnico organizzativo del costituendo gruppo di coordinamento interdisciplinare regionale.

Quattro sono le azioni che riguardano l’**attività fisica nelle persone con patologie**. La prima persegue l’obiettivo dell’integrazione multidisciplinare, in continuità con i progetti già realizzati nelle ASL della città di Torino, per favorire la diffusione delle più appropriate modalità operative del modello operativo di esercizio-terapia (MET). La seconda riguarda prevalentemente momenti formativi indirizzati ai clinici che si occupano dei percorsi educativi per pazienti con patologie croniche, mentre la terza e la quarta individuano uno specifico target di azione nelle strutture diabetologiche, in collaborazione con il gruppo regionale del PDTA-DM, per definire, valutare ed incrementare i corretti percorsi dell’utilizzo dell’attività fisica a scopo terapeutico.

Per quel che riguarda il **benessere mentale** l’azione principale verte sull’applicabilità e trasferibilità nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) della metodica denominata “Dialogo Aperto”, percorso di presa in carico internazionalmente noto, testato e validato dedicato ai soggetti in crisi psichiatrica che per la prima volta si presentano ai DSM. È inoltre previsto un percorso di formazione partecipata finalizzato all’empowerment di operatori/famiglie/pazienti dei DSM.

Il tema della prevenzione degli **incidenti stradali** vede due azioni entrambe centrate su indicazioni procedurali e redazione di linee d’indirizzo in materia delle violazioni del C.d.S. ex artt. 186, 186bis, 187 ovvero guida sotto l’effetto di alcol o stupefacenti e conseguenti sanzioni. Per quel che riguarda gli accertamenti saranno redatte linee di indirizzo regionale finalizzate ad affrontarne organicamente gli snodi sul piano sanitario, giuridico e

amministrativo, mentre i corsi info-educativi preliminari alla restituzione della patente saranno ridefiniti, previa mappatura, in base alle più recenti prove di efficacia.

Rispetto alla prevenzione degli **incidenti domestici**, saranno sviluppate due attività, ormai ben consolidate, e cioè corsi di formazione per gli operatori di ogni ASL e informazione sistematica dei MMG e PLS tramite l'invio annuale dei dati dei PS e la trasmissione periodica di note informative sui rischi domestici. Inoltre, è prevista un'azione di potenziamento del raccordo tra i PS e i **Centri Antiveleeno** per attuare uno studio di fattibilità sulla metodologia di raccolta delle informazioni sugli avvelenamenti in Piemonte e sulla messa a regime di un sistema di raccolta e analisi dei dati.

Un'azione è centrata su di un modello di *empowerment* in cui **ospedale e territorio** (inteso come Servizi e comunità) collaborano per avviare percorsi di modificazione degli stili di vita partendo dai pazienti ricoverati; tale azione fa riferimento ad un progetto europeo di cui è capofila l'ASL di Biella.

Il **counselling nutrizionale** è il soggetto di un'azione specifica centrata sul monitoraggio dell'esistente, la diffusione delle buone pratiche in merito e l'integrazione tra i servizi tramite percorsi sia formativi che organizzativi.

Infine, ha un ruolo sperimentale nell'ambito della prevenzione l'azione "**Farmacia di Comunità**" che vede la farmacia prendere in carico il paziente cronico attraverso l'identificazione precoce di soggetti affetti da alcune delle principali patologie croniche e la conseguente attività di monitoraggio e counselling per una corretta assunzione delle terapie.

### Crono programma di massima

|  | 2015   | 2016  | 2017   | 2018   |
|--|--|---|--|--|
| <b>Azione 4.1.1</b><br>Sostegno all'allattamento al seno   | - formazione nuovi operatori assunti<br>- definizione calendario incontri di aggiornamento con operatori   | - formazione nuovi operatori assunti<br>- incontri di aggiornamento con operatori   | - formazione nuovi operatori assunti<br>- incontri di aggiornamento con operatori                                      | - formazione nuovi operatori assunti<br>- incontri di aggiornamento con operatori  |
| <b>Azione 4.3.1</b><br>Allattamento al seno: monitoraggio dell'andamento   | - ricognizione dati disponibilità<br>- report sulla raccolta dati<br>- elaborazione questionario e invio   | - raccolta dati<br>- /elaborazione questionari ricevuti   | - raccolta dati<br>- definizione indicatori  | - raccolta dati<br>- proposta agli operatori del set di indicatori   |
| <b>Azione 4.1.2</b><br>0-6 anni: quali messaggi per promuovere la salute?  | - elaborazione documento di lavoro condiviso   | - elaborazione strumenti di comunicazione   | - elaborazione strumenti di comunicazione  | - promozione all'utilizzo degli strumenti elaborati  |
| <b>Azione 4.2.1</b><br>Sostegno/implementazione degli interventi di prevenzione/ /riduzione/cessazione tabagismo realizzati dalle asl/aso in autonomia e/o nell'ambito di progetti regionali consolidati   | - ricognizione interventi attivi<br>- definizione modello formativo rivolto ad operatori sanitari<br>- attivazione gruppo di lavoro aziendale/   | - stesura report sulla ricognizione<br>- realizzazione corsi di formazione<br>- incontri gruppo di lavoro<br>- realizzazione interventi basati sul counseling | - realizzazione corsi di formazione<br>- incontri gruppo di lavoro<br>- realizzazione interventi basati sul counseling | - diffusione strumenti e materiali della formazione<br>- incontri gruppo di lavoro<br>- report sugli interventi realizzati                   |
| <b>Azione 4.2.2</b><br>Implementazione dell'offerta terapeutica dei CTT e di altri servizi di disassuefazione  | - ricognizione attività CTT<br>- aggiornamento LG  | - report<br>- pubblicazione e disseminazione LG aggiornate<br>- definizione formazione per operatori CTT  | - realizzazione corsi di formazione  | - realizzazione corsi di formazione<br>- realizzazione interventi evidence based erogati dai CTT   |
| <b>Azione 4.2.3</b><br>Progettazione e realizzazione di percorsi formativi aziendali sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e di interventi specifici brevi, col coordinamento del gruppo di lavoro regionale alcol | - composizione gruppo di lavoro  | - formalizzazione gruppo di lavoro<br>- definizione modello formativo<br>- organizzazione formazione regionale  | - ricognizione iniziative condotte nelle ASL<br>- corso di formazione regionale  | - ricognizione iniziative condotte nelle ASL e report finale<br>- corso di formazione regionale<br>- report finale                           |
| <b>Azione 4.2.4</b><br>Diffusione e messa in pratica all'interno delle ASL degli interventi specifici brevi per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol  | - ricognizione   | - monitoraggio interventi di counseling breve e consumatori di alcol<br>- organizzazione formazione regionale   | - monitoraggio interventi di counseling breve e consumatori di alcol<br>- corsi di formazione regionale                | - monitoraggio interventi di counseling breve e consumatori di alcol<br>- corsi di formazione regionale                                      |
| <b>Azione 4.2.5</b><br>Consolidamento delle modalità operative del MET (modello operativo di esercizio-terapia) e ampliamento delle integrazioni con i Servizi specialistici per le MCNT   | - ricognizione percorsi attivati<br>- avvio progetto "Trapianto... e adesso Sport"<br>- organizzazione formazione per fitwalking leader e report con Rete Oncologica<br>- piano di lavoro e incontri gruppo di lavoro<br>- organizzazione seminari | - realizzazione progetto<br>- attivazione percorsi<br>- report intermedio gruppo di lavoro<br>- seminari  | - elaborazione documento<br>- realizzazione percorsi<br>- adozione indirizzi regionali<br>- seminari                   | - report su evoluzione modello<br>- realizzazione progetto<br>- report MET<br>- definizione modalità raccolta dati sistematica<br>- seminari |

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <b>Azione 4.1.3</b><br>Inserimento della tematica dell'esercizio fisico a scopo terapeutico nei percorsi educativi dedicati agli stili di vita per pazienti con patologie croniche e per operatori dei relativi servizi  | - organizzazione seminari   | - seminari<br>- realizzazione percorsi educativi   | - seminari<br>- realizzazione percorsi educativi  | - seminari<br>- realizzazione percorsi educativi  |
| <b>Azione 4.1.4</b><br>Ricognizione dei percorsi educativo-terapeutici attivati localmente nelle strutture diabetologiche, nell'ambito del PDTA-DM   | - report su dati disponibili  | - ricognizione regionale percorsi attivi<br>- report finale  | - /   | - /   |
| <b>Azione 4.1.5</b><br>Definizione delle caratteristiche minime necessarie per percorsi educativo-terapeutici efficaci nell'ambito dell'alimentazione e del corretto utilizzo dell'attività fisica a scopo terapeutico e preventivo, da svolgersi nelle strutture diabetologiche regionali | - report percorsi attivati  | - ricerca buone pratiche   | - definizione criteri   | - avvio percorsi basati su criteri individuati  |
| <b>Azione 4.1.6</b><br>Sperimentazione di un modello di lavoro ospedale-territorio con interventi di promozione di corretti stili di vita per pazienti ricoverati  | - costruzione sito web  | - organizzazione formazione operatori  | - avvio sperimentazione   | - diffusione risultati sperimentazione  |
| <b>Azione 4.4.1</b><br>Utilizzo di tecniche partecipate per verifica di efficacia e fattibilità di interventi rivolti all'"utenza fragile"   | - definizione calendario attività e gruppo di lavoro  | - realizzazione evento<br>- redazione e diffusione report  | - realizzazione evento<br>- redazione e diffusione report   | - realizzazione evento<br>- redazione e diffusione report   |
| <b>Azione 4.1.7</b><br>Testare la trasferibilità nei D.S.M del metodo del "Dialogo Aperto" per il trattamento dei sintomi di esordio in pazienti con crisi psichiatrica  | - definizione protocollo<br>- organizzazione formazione<br>- formalizzazione equipe clinica                     | - applicazione protocollo<br>- realizzazione formazione<br>- realizzazione attività<br>- ricognizione soggetti raggiunti | - applicazione protocollo<br>- realizzazione formazione/<br>- ricognizione soggetti raggiunti                   | - report conclusivo<br>- inserimento nel Piano Formativo Aziendale  |
| <b>Azione 4.3.2</b><br>Stesura e validazione delle linee di indirizzo regionali in tema di accertamento ai sensi degli articoli 186, 186bis, 187 C.d.S.  | - formalizzazione gruppo di lavoro  | - raccolta e analisi esperienze  | - elaborazione linee di indirizzo   | - report conclusivo<br>- applicazione linee di indirizzo  |
| <b>Azione 4.3.3</b><br>Definizione di indicazioni procedurali per la strutturazione di corsi info-educativi per la prevenzione e la riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive  | - Collegamento con il gruppo di lavoro regionale  | - ricognizione percorsi attivi   | - elaborazione documento per definizione formazione   | - realizzazione percorsi formativi  |
| <b>Azione 4.3.4</b><br>Monitoraggio dell'andamento del fenomeno "incidenti domestici" attraverso la raccolta ed elaborazione dati di ricorso al PS per incidente domestico   | - raccolta e analisi dati<br>- incontro del gruppo di lavoro  | - raccolta e analisi dati<br>- incontro del gruppo di lavoro   | - raccolta e analisi dati<br>- incontro del gruppo di lavoro  | - raccolta e analisi dati<br>- incontro del gruppo di lavoro  |
| <b>Azione 4.3.5</b><br>Formazione sugli incidenti domestici  | - definizione materiali e strumenti per formazione<br>- invio dati  | - realizzazione formazione<br>- invio dati   | - realizzazione formazione<br>- invio dati  | realizzazione formazione<br>- invio dati  |
| <b>Azione 4.3.6</b><br>Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico   | - avvio studio di fattibilità   | - realizzazione studio di fattibilità  | - raccolta e analisi dati   | - raccolta e analisi dati   |
| <b>Azione 4.2.6</b><br>Farmacie di comunità  | - almeno il 20% delle farmacie aderiscono<br>- almeno il 50% di pazienti per patologia migliorano la compliance | - almeno il 30% delle farmacie aderiscono<br>- almeno il 50% di pazienti per patologia migliorano la compliance          | - almeno il 40% delle farmacie aderiscono<br>- almeno il 50% di pazienti per patologia migliorano la compliance | - almeno il 40% delle farmacie aderiscono<br>- almeno il 50% di pazienti per patologia migliorano la compliance |
| <b>Azione 4.1.8</b><br>Monitoraggio e implementazione degli interventi di prevenzione e counseling nutrizionale in soggetti a rischio  | - ricognizione attività esistenti/  | - organizzazione evento formativo<br>- realizzazione interventi  | - realizzazione interventi  | - realizzazione interventi  |

## Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma

Le azioni che prevedono un coinvolgimento dei medici e pediatri di famiglia necessitano della definizione di accordi quadro la cui mancata stipula può rallentare o ridurre l'impatto delle azioni stesse; per contro la riforma dei servizi territoriali in corso di definizione potrà creare condizioni molto favorevoli alle iniziative di promozione della salute attivate nell'ambito delle cure primarie; inoltre la contrazione di personale nei servizi clinici legata al piano di rientro costituisce un limite alla disponibilità di ore/persona da dedicare ad attività preventive.

## Monitoraggio e contrasto disuguaglianze

I servizi sanitari sono un luogo strategico di progettazione e realizzazione di azioni individualizzate nel contesto di momenti fisiologici della vita (es. gravidanza e parto), clinici (fasi di malattia o comunque di rischio), lavorativo (promozione della salute tra gli operatori sanitari stessi). Poiché questo programma intende proseguire la messa a punto di percorsi integrati di prevenzione/assistenza/supporto/cura, gli obiettivi su cui focalizzare l'attenzione in termini di disuguaglianze sono molteplici. In Piemonte si è infatti osservato, attraverso un'analisi di dati ISTAT - Aspetti della vita quotidiana 2009-2012 e PASSI 2008-2013, che tra i fattori di rischio bersaglio degli obiettivi di questo programma ve ne sono diversi con una importante frazione di esposizione attribuibile alle disuguaglianze sociali (FADS): alimentazione scorretta ed alto consumo di grassi animali (circa 30%), inattività fisica (circa 20%), sovrappeso e soprattutto obesità (circa 30% negli uomini e 45% nelle donne), fumo (21% nei maschi e 15% nelle donne) e forti fumatori (50% nei maschi e 31% nelle donne), l'alcol (circa 12% nei maschi e 24% nelle donne, con uno svantaggio a carico delle più istruite), diabete mellito (11% negli uomini e 28% nelle donne), ipertensione (-24% negli uomini - con uno svantaggio dunque a carico dei più istruiti, e 27% nelle donne), fattori correlati alla salute mentale dei più giovani (es. disoccupazione dei genitori, con un FADS del 34% nei maschi e del 45% nelle femmine). Questo si traduce, per i suddetti fattori, in un considerevole impatto sulla prevalenza nella popolazione generale nel caso in cui si intervenisse con programmi atti a ridurre le disuguaglianze nell'esposizione (percentuale di riduzione della prevalenza del problema qualora si eliminassero le disuguaglianze di esposizione al fattore di rischio): per quanto riguarda l'attività fisica, una riduzione della prevalenza di inattivi del 11%; per l'alimentazione, una riduzione del 2,4% dell'insufficiente consumo di frutta e verdura, dello 0,5% per il consumo troppo frequente di carne, del 4,7% per il consumo scorretto di grassi; per il fumo, una riduzione del 4,3% dei fumatori e del 4,2% dei forti fumatori; per l'alcol, una riduzione dello 0,4% dei consumatori abituali; per il diabete e l'ipertensione, una riduzione dell'1 e dell'1,3% rispettivamente; per i fattori correlati alla salute mentale dei più giovani, intervenire sulle disuguaglianze nell'esposizione dei giovani alla disoccupazione parentale porterebbe ad una riduzione della prevalenza del problema del 4,2% nella popolazione interessata e dell'1,2% in quella generale; per l'uso dei dispositivi di sicurezza alla guida, una riduzione dello 0,5% dei non utilizzatori di cinture di sicurezza posteriori. Per quanto riguarda la guida in stato di ebbrezza, se si eliminassero le disuguaglianze la percentuale di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol salirebbe dell'1,4%, motivo per cui bisognerà concentrarsi su azioni di prevenzione ad hoc per i maggiormente istruiti.

Le azioni relative ai fattori di rischio sedentarietà, sovrappeso e alimentazione scorretta, che hanno un impatto importante sulle disuguaglianze in Piemonte, saranno sottomesse ad un *health equity audit* più approfondito che si preoccuperà non solo di revisionare e correggere l'allocazione degli interventi in funzione del rischio, ma anche di revisionare l'efficacia attesa degli interventi per le diverse categorie di vulnerabilità sociale delle rispettive popolazioni bersaglio.

Inoltre, per tutti gli operatori sanitari verrà proposta una formazione ad hoc sull'importanza delle differenze sociali nei comportamenti scorretti, su come programmare interventi di sanità pubblica orientati all'equità, e su come approcciare in maniera differenziale i pazienti in base al loro status socio-economico (cfr. programma *Governance*).

|  |  |   |   |   |  |
|--|--|---|---|---|--|
| <p>Azione 4.1.1<br/><b>Sostegno all'allattamento al seno</b></p>   | <p><b>Obiettivi dell'azione:</b> Dare continuità al Progetto Regionale di Protezione, promozione e sostegno all'allattamento al seno</p> |   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 4.1.</b> Incrementare conoscenze, abilità e motivazione degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti sani nella popolazione generale, nelle neomamme e nei soggetti a rischio attraverso specifiche metodologie (counselling breve, tecniche di identificazione precoce, dialogo aperto, MET ecc.)</p> |   |  |
| <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>Consolidamento delle conoscenze teoriche e pratiche, relative alla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, di tutti gli operatori del DMI per fare in modo che l'assistenza lungo tutto il Percorso Nascita poggia su solide e condivise basi EBM e che le donne ricevano informazioni/risposte univoche indipendentemente dall'operatore.<br/>Formazione secondo le indicazioni OMS, corso delle 20 ore per gli operatori nuovi assunti nei DMI e secondo i criteri OMS-UNICEF e aggiornamento continuo in particolare degli operatori "esperti" cui vengono demandati i casi di "allattamento difficile".<br/>Programmazione e realizzazione dell'aggiornamento degli operatori di un Punto di sostegno per distretto con formazione sul campo sugli allattamenti difficili.</p> |  |   |   |   |  |
| <p><b>Livello cui si colloca:</b> regionale/locale</p>   |  |   |   |   |  |
| <p><b>Periodo di attuazione</b> 2015-2018</p>  |  |   |   |   |  |
| <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>   |   |   |   |  |
| <p>Numero di nuovi operatori formati entro 6 mesi dalla assunzione (anche in collaborazione tra DMI)</p>   | <p><b>2015</b></p> <p>Almeno 40% dei nuovi assunti dedicati</p>  | <p><b>2016</b></p> <p>Almeno 50% dei nuovi assunti dedicati</p> | <p><b>2017</b></p> <p>Almeno 60% dei nuovi assunti dedicati</p>   | <p><b>2018</b></p> <p>Almeno 70% dei nuovi assunti dedicati</p> |  |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/><b>N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili sul totale punti</b></p>   | <p><b>Calendario incontri nei 30 punti di sostegno</b></p>   | <p><b>Almeno 50%</b></p>  | <p><b>Almeno 75</b></p>   | <p><b>100%</b></p>  |  |

|  |  |   |  |   |             |
|--|--|---|--|---|-------------|
| Azione 4.3.1<br><b>Allattamento al seno: monitoraggio dell'andamento</b> | <b>Obiettivi dell'azione:</b> raccogliere sistematicamente e inserire nel profilo di salute materno-infantile i dati che consentono di monitorare localmente e a livello regionale le curve di decadimento dell'allattamento al seno.  |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.3.</b> Attivare procedure per la razionalizzazione di flussi informativi e produrre raccomandazioni, linee d'indirizzo e indicazioni procedurali negli ambiti previsti dal sistema organizzativo e dalla normativa |   |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Verranno individuate le modalità di raccolta dati sull'allattamento al seno attualmente in atto o passibili di essere attivate a livello dipartimentale, in confronto con le modalità attivate in realtà extraregionali.<br>Verrà avviata la sperimentazione in due DMI di un set di indicatori da raccogliere all'interno del profilo di salute materno-infantile; sulla base dei risultati della sperimentazione saranno elaborate raccomandazioni regionali sulle modalità di attivazione del flusso informativo. Sarà attuato un programma di aggiornamento delle équipes territoriali dei PdF sulla scorta delle risultanze emerse. |   |  |   |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> locale/regionale  |   |  |   |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |  |   |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>       |  |   |             |
|  |  | <b>2015</b>                                     | <b>2016</b>  | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
|  | <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Numero di DMI che dispongono del dato allattamento al seno a 6 mesi</b>  | <b>Non disponibile</b>                          | <b>60%</b>   | <b>80%</b>  | <b>100%</b> |
|  | Individuazione modalità di raccolta dati   | Report  |  |   |             |
| Proposta ai DMI del set di indicatori da raccogliere                     | Elaborazione e invio del questionario  | Valutazione risposte al questionario, creazione | Definizione degli indicatori   | Proposta ai DMI del set di dati da raccogliere all'interno del profilo di salute MI |             |
| Numero di équipes territoriali aggiornate                                |  |   | 20%  | 60%   |             |

|   |  |   |  |             |             |
|---|--|---|--|-------------|-------------|
| Azione 4.1.2<br><b>0-6 anni: quali messaggi per promuovere la salute?</b> | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b><br>Mettere a disposizione strumenti uniformi e multilingue per la comunicazione delle azioni di promozione della salute in grado di rinforzare l'attenzione all'integrazione delle varie azioni in tutti i servizi sanitari e non, che entrano in contatto con il bambino/genitori. |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.1.</b> Incrementare conoscenze, abilità e motivazione degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti sani nella popolazione generale, nelle neomamme e nei soggetti a rischio attraverso specifiche metodologie (counselling breve, tecniche di identificazione precoce, dialogo aperto, MET ecc.) |             |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale/locale  |   |  |             |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |  |             |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |  |             |             |
|   |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>  | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|   | Individuazione messaggi  | Documento di lavoro                       |  |             |             |
| Numero strumenti di comunicazione prodotti                                |  | Almeno 1                                  | Almeno 2   |             |             |
| Utilizzo degli strumenti/ASR  |  |   |  | 90%         |             |



|   |  |   |  |   |   |  |  |  |
|---|--|---|--|---|---|--|--|--|
| <p>Azione 4.2.1<br/> <b>Sostegno/ implementazione degli interventi di prevenzione/ /riduzione/ cessazione tabagismo realizzati dalle ASL/ASO in autonomia e/o nell'ambito di progetti regionali consolidati</b></p> | <p><b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br/>                 Implementare gli interventi di prevenzione e contrasto del tabagismo realizzati dalle ASL e dalle ASO, rivolti a specifici target, autonomi e/o afferenti a progetti regionali consolidati. I target specifici a cui si fa riferimento sono:<br/>                 - operatori sanitari;<br/>                 - donne in gravidanza;<br/>                 - neo genitori fumatori (in particolare mamme).<br/>                 I progetti regionali consolidati a cui si fa riferimento sono:<br/>                 - In rete per ambienti sanitari liberi dal fumo;<br/>                 - Mamme libere dal fumo;<br/>                 - Genitori Più.<br/>                 Quest'azione prevede alcune attività a livello regionale e a livello locale.<br/>                 A livello regionale:<br/>                 - I e II anno: ricognizione dell'esistente (quali ASL/ASO realizzano interventi, da quanto tempo, per quale utenza, con quali risultati, ecc.);<br/>                 - III anno: progettazione e assistenza alla formazione all'interno delle aziende. La formazione sulle tecniche del counseling breve è rivolta alle figure professionali sanitarie coinvolte nella prevenzione e terapia dell'utenza e dei dipendenti (MMG, MC, PLS, diabetologia, cardiologia, servizi vaccinali,...) e ha la finalità principale di valorizzare il ruolo degli operatori nell'azione di empowerment dell'utenza, aumentando le loro competenze di ascolto e comunicazione, in linea con le prove di efficacia;<br/>                 - III e IV anno: progettazione e assistenza alla formazione di Medici Competenti, Medici di Medicina Generale, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri coinvolti nelle patologie fumo correlate.<br/>                 A livello locale:<br/>                 - costituzione di gruppi tematici (fumo) aziendali e loro formalizzazione;<br/>                 - realizzazione degli interventi di formazione del personale sanitario sulle tecniche di counseling breve;<br/>                 - il coinvolgimento delle Strutture Medico competenti come counselor e come promotori della salute dei dipendenti.</p> |   |  |   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/> <b>OSR 4.2</b> Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici</p> |  |  |  |
|   | <p><b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale-locale</p>   |   |  |   |   |  |  |  |
|   | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |   |  |   |   |  |  |  |
|   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>   |   |  |   |   |  |  |  |
|   | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>2015</b></p>  | <p><b>2016</b></p>   | <p><b>2017</b></p>  | <p><b>2018</b></p>  |  |  |  |
| <p>La ricognizione: programmazione, realizzazione, diffusione</p>   | <p>Programmazione e avvio della ricognizione</p>   | <p>Stesura di un report coi risultati della ricognizione e diffusione del report a livello aziendale ed extra aziendale</p> | <p>-----</p>   | <p>-----</p>  |   |  |  |  |
| <p>Corsi di formazione realizzati</p>   | <p>Pianificazione di modello/prototipo del corso di formazione per gli operatori delle ASL/ASO interessate</p>   | <p>Almeno 1 corso di formazione attivato / corsi programmati</p>  | <p>Almeno 2 corsi di formazione realizzati</p>                                   | <p>Diffusione atti e materiali del corso</p>                                  |   |  |  |  |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/> <b>Costituzione/formalizzazione gruppi fumo aziendali/ASL</b></p>   | <p><b>30%</b></p>  | <p><b>50%</b></p>   | <p><b>80%</b></p>  | <p><b>100%</b></p>  |   |  |  |  |
| <p>Interventi realizzati dalle ASL/ASO</p>  | <p>-----</p>   | <p>Almeno 2 interventi attivati che utilizzino la metodologia del counseling</p>  | <p>Almeno 2 interventi attivati che utilizzino la metodologia del counseling</p> | <p>Report delle attività svolte (con particolare attenzione ai risultati)</p> |   |  |  |  |

|   |  |   |  |   |             |
|---|--|---|--|---|-------------|
| Azione 4.2.2<br><b>Implementazione dell'offerta terapeutica dei CCT e di altri servizi di disassuefazione</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Monitorare le offerte terapeutiche esistenti e promuovere offerte adeguate ( <i>evidence based</i> ).<br>Verranno analizzate tipologia, appropriatezza e quantità delle offerte terapeutiche dei Centri di disassuefazione esistenti in relazione al bisogno; l'offerta terapeutica verrà adeguata alle più recenti indicazioni evidence based attraverso la produzione di un aggiornamento delle raccomandazioni/linee guida regionali e la formazione specifica per tutti gli operatori sanitari coinvolti (FAD e/o in presenza) |   |  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.2</b> Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici |             |
|   | <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale   |   |  |   |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |  |   |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                                 |  |   |             |
|   |  | <b>2015</b>   | <b>2016</b>  | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
|   | Verifica appropriatezza attività erogate dai centri di disassuefazione   | Prosecuzione rilevazione attività centri di disassuefazione della Regione | Pubblicazione del report con individuazione aree di inapproprietezza |   |             |
| Aggiornamento delle raccomandazioni/linee guida regionali   | Avvio della redazione dell'aggiornamento   | Pubblicazione dell'aggiornamento  |  |   |             |
| N. operatori Centri che ricevono Formazione alle linee guida  | _____  | Progettazione della formazione  | 50%  | 80%   |             |
| N. Centri che attivano nuovi interventi evidence-based/totale dei centri                                      |  |   |  | 40%   |             |

|   |  |  |   |   |  |
|---|--|--|---|---|--|
| <p>Azione 4.2.3<br/> <b>Progettazione e realizzazione di percorsi formativi aziendali sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e di interventi specifici brevi, col coordinamento del gruppo di lavoro regionale alcol</b></p> | <p><b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costituire un gruppo di lavoro alcol interdisciplinare con la presenza di operatori dei dipartimenti Patologie delle dipendenze, medici di medicina generale, esperti del settore, rappresentanti del privato sociale, per il coordinamento e lo sviluppo di eventi formativi per la prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol a livello regionale.</li> <li>• Garantire percorsi di training basati sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e di interventi specifici brevi nelle aziende sanitarie piemontesi.</li> </ul> <p>L'azione prevede quindi la costituzione e l'avvio di un gruppo di lavoro alcol con funzioni di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinamento di tutti i soggetti coinvolti in interventi preventivi dell'abuso di alcol a livello regionale, e delle attività di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nel territorio regionale;</li> <li>• promozione e supervisione di percorsi di training sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e di interventi specifici brevi;</li> <li>• monitoraggio degli interventi di prevenzione dell'abuso di alcol in ambito regionale, promozione e supervisione della formazione, monitoraggio degli interventi realizzati dalle ASL.</li> </ul> <p>A seguito dell'avvio delle attività del gruppo di lavoro alcol, si prevede l'implementazione, a livello locale, di percorsi formativi aziendali sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e di interventi specifici brevi.</p> |  |   |   | <p><b>OSR cui si riferisce</b><br/> <b>OSR 4.2</b> Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici</p> |
|   | <p><b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale - locale</p>   |  |   |   |  |
|   | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |  |   |   |  |
|   | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   |  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>  |   |  |
|   |  | <p><b>2015</b></p>   | <p><b>2016</b></p>  | <p><b>2017</b></p>  | <p><b>2018</b></p>   |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/> <b>Coordinamento delle iniziative di prevenzione</b></p>  | <p><b>Contatti e individuazione membri del gruppo di lavoro alcol</b></p>  | <p><b>Insedimento gruppo di coordinamento sua formalizzazione</b><br/><br/> <b>Definizione di un format specifico per i training</b></p> | <p><b>Monitoraggio e valutazione delle iniziative implementate nelle ASL nell'anno precedente ed eventuali revisioni del format</b></p> | <p><b>Valutazione delle iniziative formative implementate e report finale delle attività del gruppo di lavoro alcol e sua diffusione</b></p>                      |  |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/> <b>Realizzazione corsi di formazione da parte delle ASL</b></p>   |  | <p><b>Almeno un evento formativo a livello regionale per formatori delle ASL</b></p>   | <p><b>Almeno il 30% delle ASL piemontesi hanno effettuato corsi</b></p>   | <p><b>Almeno il 50% delle ASL piemontesi hanno effettuato corsi</b><br/><br/> <b>Rendicontazione finale da parte delle asl dei risultati della formazione</b></p> |  |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| Azione 4.2.4<br><b>Diffusione e messa in pratica all'interno delle ASL degli interventi specifici brevi per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b>  |   |   |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.2</b> Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici |
|   | L'azione vuole:   |   |   |   |   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- incrementare il numero di soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di bere meno (durante interventi di counseling breve);</li> <li>- ridurre, di conseguenza, la prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio.</li> </ul>   |   |   |   |   |
|   | Quest'azione prevede i seguenti passaggi strategici, a livello regionale e locale:  |   |   |   |   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- garantire attraverso i componenti del gruppo di lavoro alcol un supporto tecnico-organizzativo agli operatori sanitari e MMG che mettono in atto interventi per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol;</li> <li>- fornire agli operatori sanitari e MMG del materiale rispetto: <ul style="list-style-type: none"> <li>o al test AUDIT per l'identificazione precoce di consumatori rischiosi/dannosi di alcol;</li> <li>o agli interventi specifici brevi da erogare a soggetti portatori di problemi/patologie alcol correlate.</li> </ul> </li> </ul> |   |   |   |   |
|   | <b>Livello a cui si colloca:</b> locale ASL   |   |   |   |   |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |   |   |   |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |   |   |   |   |
|   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b>   |   |
| Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di bere meno  | ASSENTE<br>(dati PASSI 2012 Piemonte: il 4% dei bevitori a maggior rischio hanno ricevuto il consiglio di bere meno)  | Tenuto conto che le attività formative nei confronti degli operatori sono appena iniziate non si prevedono scostamenti significativi della prevalenza | Il 6% dei bevitori a maggior rischio hanno ricevuto il consiglio di bere meno   | L'8% dei bevitori a maggior rischio hanno ricevuto il consiglio di bere meno  |   |
| Prevalenza dei consumatori di alcol a maggior rischio (Indicatore d'impatto)  | ASSENTE<br>(dato PASSI 2013 Piemonte: consumatori a maggior rischio 18,2%)  | Tenuto conto che le attività formative nei confronti degli operatori sono appena iniziate non si prevedono scostamenti significativi della prevalenza | Prevalenza di consumatori a maggior rischio 17,2%   | Prevalenza di consumatori a maggior rischio 16,2%   |   |
| <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale  |   |   |   |   |   |
| Eventi formativi implementati a livello regionale   |   | Almeno 1 corso a livello regionale per formatori delle ASL  | Almeno quattro eventi formativi nelle ASL della Regione   | Almeno sette eventi formativi nelle ASL della Regione   |   |
| Partecipazione multidisciplinare ai percorsi formativi aziendali  |   | Partecipazione multiprofessionale agli eventi formativi organizzati a livello regionale per formatori   | Nelle ASL dove si sono implementati gli eventi formativi devono essere stati coinvolti il:<br>3% dei MMG<br>3% degli operatori sanitari ospedalieri<br>3% degli operatori sanitari del territorio | Nelle ASL dove si sono implementati gli eventi formativi devono essere stati coinvolti il:<br>5% dei MMG<br>5% degli operatori sanitari ospedalieri<br>5% degli operatori sanitari del territorio |   |

|  |   |   |   |  |   |
|--|---|---|---|--|---|
| <p>Azione 4.2.5<br/><b>Consolidamento delle modalità operative del MET (modello operativo di esercizio-terapia) e ampliamento delle integrazioni con i Servizi specialistici per le MCNT</b></p> | <p><b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br/>Implementare e sviluppare il modello operativo di esercizio-terapia (MET) già definito e applicato in due ASL piemontesi (TO1 e TO2). Le attività previste sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prosecuzione e raccolta delle attività di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico per pazienti con MCNT dei Servizi specialistici delle ASL TO1 e TO2;</li> <li>- collaborazione con il Coordinamento Regionale Trapianti per l'avvio operativo del Progetto Nazionale di ricerca "Trapianto... e adesso Sport";</li> <li>- collaborazione con la Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta per l'avvio di attività di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico secondo il MET;</li> <li>- attivazione di un gruppo di lavoro multi-disciplinare presso il Centro di esercizio-terapia ASL TO1 per lo sviluppo delle attività del MET;</li> <li>- definizione di una modalità sistematica di raccolta dati per la valutazione dei risultati clinici e funzionali;</li> <li>- organizzazione di incontri/convegni/seminari nelle diverse ASL piemontesi sull'argomento delle modalità operative di prescrizione dell'esercizio fisico secondo il MET.</li> </ul> |   |   |  | <p><b>OSR cui si riferisce</b><br/><b>OSR 4.2</b> Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici</p> |
|  | <p><b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale</p>   |   |   |  |   |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |   |   |  |   |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>  |   |  |   |
|  |   | <p><b>2015</b></p>  | <p><b>2016</b></p>  | <p><b>2017</b></p>   | <p><b>2018</b></p>  |
|  | <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/>Ricognizione percorsi attivati nelle Aziende Sanitarie secondo apposito Report.<br/>N. ambiti/servizi specialistici coinvolti nei percorsi attivati</p>  | <p>N. ambiti specialistici per MCNT &gt; 5<br/><br/>N. pazienti trattati &gt; 50</p>  | <p>N. ambiti specialistici per MCNT &gt; 6<br/><br/>N. pazienti trattati &gt; 60</p>                              | <p>N. ambiti specialistici per MCNT &gt; 6<br/><br/>N. pazienti trattati &gt; 70</p>   | <p>N. ambiti specialistici per MCNT &gt; 6<br/><br/>N. pazienti trattati &gt; 70<br/><br/>Redazione di report su evoluzione modello di esercizio-terapia "MET"</p>  |
|  | <p>Realizzazione delle attività previste nel progetto nazionale di ricerca "Trapianto... e adesso Sport"</p>  | <p>Completamento dei test basali di valutazione clinico-funzionale e avvio della fase di somministrazione dell'esercizio fisico</p> | <p>Completamento delle fasi operative previste dal progetto nazionale.<br/>N. pazienti coinvolti &gt; 29</p>      | <p>Documento su modalità operative di collaborazione tra Servizio Pubblico di Medicina dello Sport e Coordinamento Regionale Trapianti</p> | <p>Elaborazione della prosecuzione delle attività di esercizio-terapia per pazienti trapiantati di organo solido</p>  |
| <p>Realizzazione di attività secondo il "MET" con la Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta</p>  | <p>Organizzazione di almeno un corso per Fitwalking Leaders</p>   | <p>Avvio di almeno 1 specifico percorso di esercizio-terapia per pazienti oncologici</p>  | <p>Prosecuzione di almeno 1 percorso di esercizio-terapia per pazienti oncologici</p>                             | <p>Report dell'evoluzione del modello di esercizio-terapia</p>   |   |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/>Definizione degli indirizzi regionali e modalità di monitoraggio sullo sviluppo dell'attività MET</p>   | <p>Redazione piano di lavoro del gruppo multi-disciplinare del Centro di Esercizio-Terapia ASL TO1 per lo sviluppo delle attività del MET</p>   | <p>Report di attività intermedio</p>  | <p>Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche</p> | <p>Definizione delle modalità di raccolta dati sistematica<br/><br/>Report sugli sviluppi del MET</p>                                      |   |
| <p>Realizzazione di incontri/seminari/convegni/corsi</p>   | <p>Definizione di "format" di presentazione</p>   | <p>N. edizioni: almeno 2 annuali</p>  | <p>N.edizioni: almeno 2 annuali</p>   | <p>N. edizioni: almeno 2 annuali</p>   |   |

|  |   |   |   |             |             |
|--|---|---|---|-------------|-------------|
| <b>Azione 4.1.3</b><br><b>Inserimento della tematica dell'esercizio fisico a scopo terapeutico nei percorsi educativi dedicati agli stili di vita per pazienti con patologie croniche e per operatori dei relativi servizi</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Inserire la tematica dell'esercizio fisico a scopo terapeutico nei percorsi educativi dedicati agli stili di vita per pazienti con patologie croniche e per operatori dei relativi servizi.<br><br>L'azione intende aumentare la consapevolezza del ruolo dell'esercizio fisico nei pazienti e negli operatori, attraverso la presentazione dei dati di letteratura sulle modalità e sugli effetti dell'esercizio fisico a scopo terapeutico nelle MCNT e favorire la ridefinizione dei percorsi educativi dedicati agli stili di vita. |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.1</b> Incrementare conoscenze, abilità e motivazione degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti sani nella popolazione generale, nelle neomamme e nei soggetti a rischio attraverso specifiche metodologie (counselling breve, tecniche di identificazione precoce, dialogo aperto, MET ecc.)<br><b>OSR 4.2</b> Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici |             |             |
|  | <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale  |   |   |             |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |   |             |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |   |             |             |
|  |   | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>   | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| <i>Indicatore sentinella:</i><br><b>N. edizioni di corsi, seminari, convegni, incontri rivolti a pazienti e/o operatori sanitari</b>   | <b>≥ 5</b>  | <b>≥ 5</b>                                | <b>≥ 5</b>  | <b>≥ 5</b>  |             |

|  |  |   |   |                    |                    |
|--|--|---|---|--------------------|--------------------|
| <p>Azione 4.1.4<br/><b>Ricognizione dei percorsi educativo-terapeutici attivati localmente nelle strutture diabetologiche, nell'ambito del PDTA-DM</b></p> | <p><b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br/>Valutare la tipologia di percorsi educativo-terapeutici inerenti l'alimentazione e l'attività fisica, attivati localmente nelle strutture diabetologiche regionali.<br/>L'azione prevede un'interazione con il gruppo regionale del PDTA-DM per valutare i dati a disposizione attraverso i database regionali esistenti, inerenti il diabete mellito e la strutturazione, l'attuazione e la elaborazione di una ricognizione dedicata alla tematica di questo tipo di percorsi educativo-terapeutici in ambito regionale.</p> |   | <p><b>OSR cui si riferisce</b><br/><b>OSR 4.1</b> Incrementare conoscenze, abilità e motivazione degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti sani nella popolazione generale, nelle neomamme e nei soggetti a rischio attraverso specifiche metodologie (counselling breve, tecniche di identificazione precoce, dialogo aperto, MET ecc.)</p> |                    |                    |
|  | <p><b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale</p>  |   |   |                    |                    |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2016</p>   |   |   |                    |                    |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>  |   |                    |                    |
|  |  | <p><b>2015</b></p>  | <p><b>2016</b></p>  | <p><b>2017</b></p> | <p><b>2018</b></p> |
| <p>Ricognizione percorsi</p>   | <p>Report sulla valutazione dati dei database esistenti</p>  | <p>Strutturazione e attuazione della ricognizione a livello regionale<br/>Elaborazione dei dati ottenuti dalla ricognizione</p> | <p>-----</p>  | <p>-----</p>       |                    |

|  |   |   |  |  |                    |
|--|---|---|--|--|--------------------|
| <p>Azione 4.1.5<br/><b>Definizione delle caratteristiche minime necessarie per percorsi educativo-terapeutici efficaci nell'ambito dell'alimentazione e del corretto utilizzo dell'attività fisica a scopo terapeutico e preventivo, da svolgersi nelle strutture diabetologiche regionali</b></p> | <p><b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br/>- Incrementare nei pazienti con diabete mellito le life skills e l'empowerment nell'ambito dell'alimentazione e del corretto utilizzo dell'attività fisica a scopo terapeutico e preventivo, definire le caratteristiche minime essenziali per strutturare percorsi educativo-terapeutici efficaci (evidence-based), ripetibili e sostenibili da parte delle strutture diabetologiche.<br/>- Avvio di percorsi educativo-terapeutici, con le caratteristiche qualificanti identificate, in alcune strutture diabetologiche regionali.<br/>Quest'azione prevede la raccolta delle principali buone pratiche esistenti in riferimento alla tematica, l'analisi dei dati desunti dalla ricognizione effettuata (cfr. azione precedente), l'identificazione degli elementi minimi qualificanti (CRITERI) sia organizzativi sia di modalità operativa sia di contenuto per la strutturazione di questo tipo di percorsi educativo-terapeutici.<br/>L'azione prevede l'avvio di percorsi educativo-terapeutici, con i criteri identificati, in alcune strutture diabetologiche regionali.</p> |   | <p><b>OSR cui si riferisce</b><br/><b>OSR 4.1</b> Incrementare conoscenze, abilità e motivazione degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti sani nella popolazione generale, nelle neomamme e nei soggetti a rischio attraverso specifiche metodologie (counselling breve, tecniche di identificazione precoce, dialogo aperto, MET ecc.)<br/><b>OSR 4.2</b> Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici</p> |  |                    |
|  | <p><b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale e locale</p>  |   |  |  |                    |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |   |  |  |                    |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>  |  |  |                    |
|  |   | <p><b>2015</b></p>  | <p><b>2016</b></p>   | <p><b>2017</b></p>   | <p><b>2018</b></p> |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/>Avvio percorsi evidence-based</p>   | <p>Almeno un report sulle attività di interazione con il gruppo sul PDTA-DM</p>   | <p>Raccolta buone pratiche e identificazione dei criteri (elementi minimi qualificanti per i percorsi educativo-terapeutici efficaci)</p> | <p>Avvio in almeno 2 strutture diabetologiche regionali di almeno un percorso educativo-terapeutico strutturato con i criteri individuati</p>  | <p>Documento di verifica della trasferibilità del percorso ad almeno un'altra malattia cronica</p> |                    |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Azione 4.1.6<br><b>Sperimentazione di un modello di lavoro ospedale-territorio con interventi di promozione di corretti stili di vita per pazienti ricoverati</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b>   |  |  | <b>OSR cui si riferisce</b>  |
|   | Sperimentare percorsi di reclutamento, somministrazione di counseling motivazionale ed avvio di percorsi di modificazione degli stili di vita in pazienti ricoverati, individuando il ricovero come un <i>teachable moment</i> per la stimolazione al cambiamento verso corretti stili di vita nella popolazione adulta.<br>Questa azione da riferimento al progetto europeo triennale Empowering Hospital con capofila l'ospedale di Biella. Il progetto mira a valutare efficacia e scalabilità dell'intervento, che individua come setting principale l'ospedale, definito "di rigenerazione" in stretto collegamento con i servizi territoriali e le risorse della comunità locale. Il counseling motivazionale sarà affiancato da tecniche specifiche adattate alla tipologia di paziente. Le attività previste sono: |  |  | <b>OSR 4.1</b> Incrementare conoscenze, abilità e motivazione degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti sani nella popolazione generale, nelle neomamme e nei soggetti a rischio attraverso specifiche metodologie (counselling breve, tecniche di identificazione precoce, dialogo aperto, MET ecc.) |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- produzione del sito del progetto;</li> <li>- ricerca evidence based in letteratura su efficacia delle tecniche;</li> <li>- formazione del personale;</li> <li>- elaborazione dello strumento di selezione dei pazienti e definizione dei percorsi;</li> <li>- sperimentazione delle azioni e valutazione risultati;</li> <li>- eventuale trasferimento del progetto ad altre realtà regionali.</li> </ul>   |  |  |  |
|   | <b>Livello a cui si colloca: Regionale</b>   |  |  |  |
|   | <b>Periodo di attuazione: 2015-2018</b>  |  |  |  |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |  |  |  |
|   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>                                  | <b>2017</b>  | <b>2018</b>  |
| Rispetto del cronoprogramma del progetto  | Sito web del progetto on-line  | Completamento della formazione del personale | Almeno 80% dei pazienti previsti dal piano di campionamento e reclutamento avviati alle azioni previste dal progetto | Disseminazione regionale del modello e dei risultati (almeno un evento)  |



|  |  |  |   |  |   |
|--|--|--|---|--|---|
| <p>Azione 4.4.1<br/><b>Utilizzo di tecniche partecipate per verifica di efficacia e fattibilità di interventi rivolti all'“utenza fragile”</b></p> | <p><b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br/>                     Pervenire ad un giudizio condiviso tramite la tecnica del “processo pubblico”, rispetto all'opportunità di avviare interventi nel setting sanitario rivolti all'utenza fragile, ed in particolare sui seguenti temi:<br/>                     - supporto alle competenze genitoriali (es. promozione allattamento al seno, ecc.) attraverso le “home visiting”;<br/>                     - sostegno e orientamento a <i>caregivers</i> (persone che si occupano di familiari anziani);<br/>                     - empowerment dei familiari e degli utenti dei Servizi Psichiatrici (UFE).<br/>                     Il “processo pubblico” intende promuovere un confronto guidato da una precisa metodologia che, sulla base delle evidenze disponibili, conduca ad una riflessione condivisa tra gli operatori. I destinatari intermedi dell'azione sono gli operatori di diversi servizi ASL (Prevenzione, DMI, DSM, SERT/D, UVG) e i portatori di interesse.</p> <p>Descrizione dell'azione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- raccolta di materiale documentale: individuazione ed analisi di letteratura scientifica, EBP, meta analisi e buone pratiche sui temi individuati;</li> <li>- ricognizione sulle esperienze in atto nelle ASL piemontesi;</li> <li>- individuazione degli attori del processo;</li> <li>- organizzazione dei seminari formativo/informativi con la metodologia del processo e con accreditamento ECM;</li> <li>- realizzazione del processo;</li> <li>- valorizzazione e diffusione dei risultati emersi durante il processo;</li> <li>- avvio di uno studio di fattibilità degli interventi selezionati come efficaci e sostenibili.</li> </ul> |  |   |  | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/> <b>OSR 4.4</b><br/>                     Promuovere momenti di riflessione e dibattito all'interno dei Servizi a verifica della fattibilità ed efficacia degli interventi di promozione delle abilità di resilienza rivolti all'“utenza fragile”, per la riduzione delle disuguaglianze nel ciclo di vita</p> |
|  | <p><b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale</p>  |  |   |  |   |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |  |   |  |   |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   |  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>                            |  |   |
|  |  | <p><b>2015</b></p>   | <p><b>2016</b></p>  | <p><b>2017</b></p>   | <p><b>2018</b></p>  |
| <p>Realizzazione “processi”</p>  | <p>Programmazione<br/>Cronoprogramma degli eventi<br/>Definizione tavoli di lavoro</p>   | <p>Realizzazione del primo “processo”<br/>Redazione e pubblicazione report</p> | <p>Realizzazione del II “processo”<br/>Redazione e pubblicazione report</p> | <p>Realizzazione del III “processo”<br/>Redazione e pubblicazione report</p> |   |

|  |  |   |   |   |             |
|--|--|---|---|---|-------------|
| <b>Azione 4.1.7</b><br><b>Testare la trasferibilità nei DSM del metodo del “Dialogo Aperto” per il trattamento dei sintomi di esordio in pazienti con crisi psichiatrica</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell’azione</b><br>L’azione prevede i seguenti obiettivi:<br>- adattare il metodo del “Dialogo Aperto” alla struttura organizzativa dei DSM selezionati nel progetto CCM e alle caratteristiche di contesto e sociali dei rispettivi territori, in collaborazione con i colleghi finlandesi (supervisione del prof. J. Seikkula);<br>- selezionare e formare operatori volontari dei DSM ASL TO1 e TO2 che vogliano sperimentare l’utilizzo del nuovo metodo di trattamento e costituire le equipe mobili;<br>- trattare con il metodo del “Dialogo Aperto”, secondo gli schemi adattativi concordati, esclusivamente le nuove richieste di intervento per crisi psichiatrica (soggetti incidenti), pervenute ai DSM torinesi da pazienti residenti nel territorio selezionato per il progetto. Gli esordi psichiatrici riguardano soprattutto preadolescenti, adolescenti e giovani (cfr MO 3);<br>- valutare l’efficacia terapeutica a brevissimo e a breve termine in tutti i soggetti incidenti trattati nel periodo del progetto con il metodo del “Dialogo Aperto”, confrontandola con quella dei soggetti incidenti osservati nello stesso periodo nello stesso DSM, trattati con le terapie correntemente in uso.<br>L’azione prevede una serie di attività, quali la formazione degli operatori sanitari coinvolti sul metodo del Dialogo Aperto, la stesura di un protocollo di sperimentazione per le ASL coinvolte, attivazione della sperimentazione con le équipe neo-costituite, individuazione dei soggetti eleggibili, raccolta e analisi dati, stesura report finale.<br>Il target intermedio dell’azione è rappresentato dagli operatori dei DSM, mentre il target finale è costituito dagli utenti con esordi psichiatrici del territorio torinese. |   |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.1</b> Incrementare conoscenze, abilità e motivazione degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti sani nella popolazione generale, nelle neomamme e nei soggetti a rischio attraverso specifiche metodologie (counselling breve, tecniche di identificazione precoce, dialogo aperto, MET ecc.) |             |
|  | <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale   |   |   |   |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |   |   |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                                   |   |   |             |
|  |  | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
| Attivazione nei DSM di un protocollo operativo   | Redazione del protocollo operativo per l’applicazione del metodo DA  | Applicazione del protocollo operativo in almeno DSM del territorio torinese | Applicazione del protocollo operativo nei 2 DSM del territorio torinese                           | Report con raccolta e analisi dei dati inerenti gli interventi effettuati, il numero di pazienti raggiunti, percentuale di recupero, ecc.   |             |
| Stesura programma del training di formazione degli operatori selezionati   | Avvio corsi di formazione  | Formare a Dialogo aperto almeno il 90% degli operatori selezionati          | Corsi di sensibilizzazione alla metodologia in almeno 2 ASL                                       | Inserimento nei Piani Formativi Aziendali di corsi di formazione alla metodologia in almeno 2 ASL   |             |
| <b>Livello a cui si colloca:</b> Locale ASL coinvolte  |  |   |   |   |             |
| la costituzione di equipe mobili per l’avvio degli interventi  | Atti formali (delibere, ordini di servizio) di costituzione  | Attività sul campo con la supervisione dei formatori                        |   |   |             |
| Numero di soggetti trattati con il metodo “DA” presenti al follow-up alla fine del periodo di operatività dello studio sul totale dei soggetti incidenti trattati            |  | 66% dei soggetti incidenti presi in carico con il metodo del DA             | 80% dei soggetti incidenti nel territorio della sperimentazione presi in carico col metodo del DA |   |             |

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <p>Azione 4.3.2<br/><b>Stesura e validazione delle linee di indirizzo regionali in tema di accertamento ai sensi degli articoli 186, 186bis, 187 C.d.S.</b></p> | <p><b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br/>L'azione ha il duplice obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mappare il territorio piemontese (in raffronto a quello nazionale) rispetto ai diversi criteri di valutazione adottati dalle commissioni mediche locali;</li> <li>- redigere linee di indirizzo regionali in tema di accertamenti (anche grazie ai risultati della ricognizione).</li> </ul> <p>L'azione prevede le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ricostituzione del gruppo di lavoro regionale per la definitiva stesura di linee di indirizzo in tema di accertamenti ai sensi degli artt. 186, 186 bis, e 187 C.d.S. (con individuazione dei nuovi componenti e con azioni di rinforzo a livello regionale dei rapporti interistituzionali tra i vari soggetti pubblici interessati) – fine 2015;</li> <li>- revisione di quanto già elaborato dalla Regione Piemonte in merito agli accertamenti delle violazioni di specie con esame approfondito delle modifiche/integrazioni legate all'evoluzione dottrinarie e giurisprudenziale in materia (fine 2015);</li> <li>- raccolta ed analisi delle esperienze presenti a livello regionale e nazionale circa i criteri di valutazione adottati nelle varie Commissioni Mediche Locali per l'espressione dei giudizi di idoneità alla guida nei conducenti segnalati ex artt. 186, 186bis, e 187 C.d.S. (entro 2016);</li> <li>- stesura di linee di indirizzo regionali in tema di accertamenti ai sensi degli artt. 186, 186 bis, e 187 C.d.S. finalizzate ad affrontare in modo organico le svariate criticità connesse alla complessità e all'articolazione della materia nei vari contesti (sanitario, giudiziario, amministrativo, ecc.) interessati, entro 2017;</li> <li>- indagine, nelle diverse ASR, sullo stato di attuazione delle linee di indirizzo regionali in tema di accertamenti ex artt. 186, 186 bis, e 187 C.d.S. (entro 2018).</li> </ul> | <p><b>OSR cui si riferisce</b><br/><b>OSR 4.3</b> Attivare procedure per la razionalizzazione di flussi informativi e produrre raccomandazioni, linee d'indirizzo e indicazioni procedurali negli ambiti previsti dal sistema organizzativo e dalla normativa</p> |  |  |
| <p><b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale</p>   |  |   |  |  |
| <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |  |   |  |  |
| <p><b>Indicatori di processo</b></p>  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>   |   |  |  |
|   | <p><b>2015</b></p>   | <p><b>2016</b></p>  | <p><b>2017</b></p>                             | <p><b>2018</b></p>   |
| <p>Costituzione Gruppo di Lavoro regionale</p>  | <p>Si</p>  |   |  |  |
| <p>Produzione e attuazione Linee di indirizzo regionali</p>   | <p>-----</p>   | <p>REPORT di raccolta e analisi delle esperienze</p>  | <p>Produzione Documento Linee di indirizzo</p> | <p>REPORT sullo stto di attuazione delle linee di indirizzo regionali in tema di accertamenti ex artt. 186, 186 bis, e 187 C.d.S</p> |
| <p>Applicazione linee di indirizzo regionali in tema di accertamenti ai sensi degli artt. 186, 186 bis, e 187 C.d.S</p>   | <p>-----</p>   | <p>-----</p>  | <p>-----</p>                                   | <p>Almeno il 30% delle ASL coinvolte</p>   |

|   |  |   |  |   |             |
|---|--|---|--|---|-------------|
| Azione 4.3.3<br><b>Definizione di indicazioni procedurali per la strutturazione di corsi info-educativi per la prevenzione e la riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>L'azione ha un duplice obiettivo:<br>- mappatura dei corsi info-educativi realizzati dalle ASL per la prevenzione dell' incidentalità stradale;<br>- definizione di indicazioni basati su prove di efficacia.<br>Sono previste attività di:<br>- raccolta ed analisi delle esperienze presenti a livello regionale e nazionale rispetto all'organizzazione di corsi info-educativi per la prevenzione e la riduzione dell'incidentalità correlata all'uso di sostanze psicoattive (alcol, droghe e farmaci) – entro 2016;<br>- definizione, a livello regionale, di indicazioni procedurali (gestione organizzativa, strumenti e materiali, modalità di valutazione, ecc.) per la strutturazione di corsi info-educativi diretti alla prevenzione e alla riduzione dell'incidentalità correlata all'uso di sostanze psicoattive, entro 2017. |   |  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.3</b> Attivare procedure per la razionalizzazione di flussi informativi e produrre raccomandazioni, linee d'indirizzo e indicazioni procedurali negli ambiti previsti dal sistema organizzativo e dalla normativa |             |
|   | <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale   |   |  |   |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |  |   |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  |   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>              |   |             |
|   |  | <b>2015</b>   | <b>2016</b>  | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Realizzazione corsi info-educativi secondo i criteri regionali</b>  | <b>Avvio della ricerca e raccolta delle principali evidenze scientifiche ed esperienze nazionali e regionali in tema di corsi info-educativi</b>   | <b>Produzione report di ricognizione corsi realizzati</b> | <b>Produzione documento di indicazione procedurale</b> | <b>Almeno il 30% dei corsi realizzati</b>   |             |

|  |   |  |  |   |             |
|--|---|--|--|---|-------------|
| Azione 4.3.4<br><b>Monitoraggio dell'andamento del fenomeno "incidenti domestici" attraverso la raccolta ed elaborazione dati di ricorso al PS per incidente domestico</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Monitoraggio dati dei PS degli ospedali della regione Piemonte per ricorso a seguito di incidente domestico. I dati sul ricorso al Pronto Soccorso per incidenti domestici (sono disponibili con una latenza di 2 anni) verranno annualmente raccolti e sottoposti ad analisi comparata; il confronto sugli andamenti e le tipologie di incidenti con i referenti aziendali consentirà di riorientare gli interventi in atto. |  |  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.3</b> Attivare procedure per la razionalizzazione di flussi informativi e produrre raccomandazioni, linee d'indirizzo e indicazioni procedurali negli ambiti previsti dal sistema organizzativo e dalla normativa |             |
|  | <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale (Dipartimento di Prevenzione di Torino)  |  |  |   |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |  |  |   |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   |  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                              |   |             |
|  |   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>  | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
| Raccolta e analisi annuale dei dati a livello regionale  | Raccolta e analisi dati 2013  | Raccolta e analisi dati 2014   | Raccolta e analisi dati 2015   | Raccolta e analisi dati 2016  |             |
| Comparazione dei dati tra ASL e tra ospedali della Regione   | Analisi comparata dati 2013   | Analisi comparata dati 2014  | Analisi comparata dati 2015  | Analisi comparata dati 2016   |             |
| Confronto con i referenti incidenti domestici delle ASL del Piemonte   | Riunione annuale di restituzione e confronto con i Referenti delle ASL  | Riunione annuale di restituzione e confronto con i Referenti delle ASL | Riunione annuale di restituzione e confronto con i Referenti delle ASL | Riunione annuale di restituzione e confronto con i Referenti delle ASL  |             |

|   |   |                     |   |   |                           |                           |
|---|---|---------------------|---|---|---------------------------|---------------------------|
| Azione 4.3.5<br><b>Formazione sugli incidenti domestici</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG, PLS.<br>L'azione si svilupperà attraverso la realizzazione in ogni ASL di un corso di formazione per operatori sanitari sul tema della prevenzione dei rischi domestici, l'invio annuale ai MMG e PLS dei dati di ricorso al PS per incidente domestico e l'invio trimestrale ai MMG e PLS di note informative sui rischi presenti in casa. |                     |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.3</b> Attivare procedure per la razionalizzazione di flussi informativi e produrre raccomandazioni, linee d'indirizzo e indicazioni procedurali negli ambiti previsti dal sistema organizzativo e dalla normativa |                           |                           |
|   | <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale e Locale   |                     |   |   |                           |                           |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |                     |   |   |                           |                           |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   |                     | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |   |                           |                           |
|   |   |                     | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>   | <b>2017</b>               | <b>2018</b>               |
|   | <i>Indicatore sentinella:</i><br><b>Realizzazione prima edizione corso nelle ASL</b>  |                     | <b>Preparazione materiali didattici</b>   | <b>Nel 50% delle ASL</b>  | <b>Nel 100% delle ASL</b> | <b>Nel 100% delle ASL</b> |
| Evidenza dell'invio dei dati di PS                          |   | Una volta nell'anno | Una volta nell'anno                       | Una volta nell'anno   | Una volta nell'anno       |                           |
| Evidenza dell'invio delle note informative                  |   | ---                 | 4 volte nell'anno                         | 4 volte nell'anno   | 4 volte nell'anno         |                           |

|  |   |  |   |   |                         |                         |
|--|---|--|---|---|-------------------------|-------------------------|
| Azione 4.3.6<br><b>Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico</b> | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione:</b><br>L'azione prevede il raccordo con i PS e i Centri antiveleno per uno studio di fattibilità sulla metodologia di raccolta delle informazioni sugli avvelenamenti, l'analisi e pulizia dei dati e la messa a regime del flusso. |  |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.3</b> Attivare procedure per la razionalizzazione di flussi informativi e produrre raccomandazioni, linee d'indirizzo e indicazioni procedurali negli ambiti previsti dal sistema organizzativo e dalla normativa |                         |                         |
|  | <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale  |  |   |   |                         |                         |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |  |   |   |                         |                         |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   |  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |   |                         |                         |
|  |   |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>   | <b>2017</b>             | <b>2018</b>             |
|  | Raccolta e analisi annuale dei dati a livello regionale   |  | Studio di fattibilità                     | 1° analisi sperimentale e messa a punto del sistema   | Raccolta e analisi dati | Raccolta e analisi dati |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| <b>Azione 4.2.6</b><br><b>Farmacia di comunità</b>                                | <b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b><br>Il progetto, parte del quale è stato finanziato nel bando CCM 2015, intende sperimentare il ruolo della farmacia come sede per:<br>- l'identificazione precoce di soggetti affetti da alcune delle principali patologie croniche (diabete, BPCO, scompenso cardiaco diastolico) in uno stadio molto precoce della patologia, tale da potersi giovare di una diagnosi e di un indirizzamento precoce alla terapia. A questo scopo, i farmacisti operanti in tutte le farmacie pubbliche e private del Piemonte partecipano a un percorso formativo sulle tre patologie in oggetto e sono invitati, su base volontaria, a partecipare al progetto. Per ognuna delle tre patologie i farmacisti identificano tra gli utenti della farmacia soggetti senza la patologia in studio, ma che presentano criteri che identificano soggetti a rischio elevato di diabete (età > 45 anni, familiarità sovrappeso), scompenso diastolico (sovrappeso ed età < 55 anni), BPCO (età > 40 anni). Per ogni condizione sono previsti appositi questionari di valutazione della probabilità di presenza di malattia e percorsi per l'eventuale conferma diagnostica, per il follow-up sugli esiti e, in parallelo, il monitoraggio di indicatori di processo e di outcome;<br>- attività di monitoraggio e counselling (a pazienti con BPCO, diabete e scompenso cardiaco) per una corretta assunzione delle terapie farmacologiche prescritte. I farmacisti (formati come al punto precedente e su base volontaria) identificano, tra gli utenti della farmacia, soggetti con una delle tre patologie in studio e somministrano un questionario che esplora l'aderenza alle prescrizioni farmaceutiche. I soggetti "non aderenti" vengono sottoposti a counselling, invitati a rivolgersi al proprio MMG e a ritornare dopo un certo periodo di tempo per una rivalutazione dell'aderenza. I risultati del progetto sono valutati nel breve periodo, in termini di aumentata aderenza e, nel medio periodo, in termini di riduzione degli accessi in PS e dei ricoveri ospedalieri. |   |   |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 4.2</b> Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici |
| <b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale  |   |   |   |   |   |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |   |   |   |   |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |   |   |   |   |
|   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b>   |   |
| N. farmacie aderenti  | Almeno il 20% delle farmacie pubbliche e private della regione aderiscono   | Almeno il 30% delle farmacie pubbliche e private della regione aderiscono | Almeno il 40% delle farmacie pubbliche e private della regione aderiscono | Almeno il 50% delle farmacie pubbliche e private della regione aderiscono |   |
| Miglioramento di alcuni indicatori di aderenza e di corretto utilizzo dei farmaci | Almeno il 50% di pazienti per patologia migliora l'aderenza   | Almeno il 50% di pazienti per patologia migliora l'aderenza               | Almeno il 50% di pazienti per patologia migliora l'aderenza               | Almeno il 50% di pazienti per patologia migliora l'aderenza               |   |

|  |  |   |   |  |                    |
|--|--|---|---|--|--------------------|
| <p>Azione 4.1.8<br/><b>Monitoraggio e Implementazione degli interventi di prevenzione e counselling nutrizionale in soggetti a rischio</b></p>               | <p><b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b></p> <p>Obiettivo dell'azione è monitorare l'offerta di prevenzione e counselling in ambito nutrizionale presente nelle ASL sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo.<br/>Socializzare e diffondere le migliori esperienze aziendali relative alla gestione di attività ambulatoriali/ interventi di prevenzione individuali/di gruppo indirizzati a soggetti a rischio. Implementare tali attività nelle ASL migliorandone l'efficacia e l'appropriatezza.<br/>Sarà necessario in particolare migliorare i livelli di integrazione tra i Servizi associando agli interventi individuali/di gruppo "politiche territoriali" multilivello tese a promuovere azioni di contesto favorevoli all'aumento dell'attività fisica ed al miglioramento quali/quantitativo dei comportamenti alimentari.</p> |   |   | <p><b>OSR cui si riferisce OSR 4.1</b> Incrementare conoscenze, abilità e motivazione degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti sani nella popolazione generale, nelle neomamme e nei soggetti a rischio attraverso specifiche metodologie (counselling breve, tecniche di identificazione precoce, dialogo aperto, MET ecc.)</p> |                    |
|  | <p><b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale</p>  |   |   |  |                    |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |   |   |  |                    |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>  |   |  |                    |
|  |  | <p><b>2015</b></p>                                | <p><b>2016</b></p>  | <p><b>2017</b></p>   | <p><b>2018</b></p> |
|  | <p>Produrre un monitoraggio quali-quantitativo delle attività esistenti con analisi e socializzazione delle buone pratiche</p>   | <p>Effettuazione monitoraggio</p>                 | <p>Evento formativo di socializzazione delle informazioni raccolte e condivisione indirizzi con i referenti delle ASL</p> |  |                    |
|  | <p><b>Livello a cui si colloca:</b> ASL</p>  |   |   |  |                    |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |   |   |  |                    |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>  |   |  |                    |
|  |  | <p><b>2015</b></p>                                | <p><b>2016</b></p>  | <p><b>2017</b></p>   | <p><b>2018</b></p> |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/><b>Attuare un programma di implementazione degli interventi di prevenzione e counselling nutrizionale nelle ASL</b></p> | <p>-----</p>   | <p><b>30% delle ASL adottano il programma</b></p> | <p><b>50% delle ASL adottano il programma</b></p>   | <p><b>100% delle ASL adottano il programma</b></p>   |                    |
| <p>N. attività integrate con politiche territoriali</p>  | <p>----</p>  | <p>-----</p>                                      | <p>30%</p>  | <p>50%</p>   |                    |





**PROGRAMMA 5**  
**SCREENING DI POPOLAZIONE**

| Macro obiettivi   | Obiettivi centrali   | Obiettivi specifici regionali  | Indicatore OSR   | Standard per OSR  |  |
|---|--|--|--|---|--|
| <b>MO 1</b><br>Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili | <b>OC 1.12.</b> Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening) | <b>OSR 5.1.</b> Piena implementazione del programma di screening mammografico con raggiungimento della copertura della popolazione bersaglio 50-69 anni e garanzia dell'offerta del percorso per le donne 45-49 anni<br><br><b>OSR 5.2.</b> Piena implementazione del programma di screening cervico-vaginale con della copertura della popolazione bersaglio 25-64 anni.<br><br><b>OSR 5.3.</b> Piena implementazione del programma con sigmoidoscopia (FS), garanzia degli inviti per la coorte delle persone 59-69 anni mai invitate alla FS e progressiva estensione degli inviti al test del sangue occulto (FIT) anche ai non aderenti alla FS che hanno rifiutato il primo invito al FIT  | <i>Copertura da inviti: Rapporto tra il valore dell'indicatore al baseline e il valore rilevato alla scadenza prevista per la valutazione del piano</i><br><br><b>Indicatore per OSR 5.1</b><br>SCREENING MAMMOGRAFICO età 50-69 anni<br>Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale<br><br><b>Indicatore per OSR 5.2</b><br>SCREENING CERVICO-VAGINALE età: 25-64 anni<br>Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale *<br><br><b>Indicatore per OSR 5.3</b><br>SCREENING COLO-RETTALE età 58 anni<br>Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale                                   | <b>Standard OSR 5.1</b><br>100%<br><br><b>Standard OSR 5.2</b><br>100%<br><br><b>Standard OSR 5.3</b><br>100%   |  |
|   | <b>OC 1.13.</b> Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico   | <b>OSR 5.4.</b> Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche<br><br><b>OSR 5.5.</b> Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche<br><br><b>OSR 5.6.</b> Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per persone asintomatiche.<br>In particolare dovrebbe essere sostanzialmente ridotta la quota di test FIT al di fuori del programma, data la mancanza di indicazioni cliniche appropriate per questo test | <b>OSR 5.4.</b> Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche<br><br><b>OSR 5.5.</b> Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche<br><br><b>OSR 5.6.</b> Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per persone asintomatiche.<br>In particolare dovrebbe essere sostanzialmente ridotta la quota di test FIT al di fuori del programma, data la mancanza di indicazioni cliniche appropriate per questo test | <i>Copertura da esami: Rapporto tra il valore dell'indicatore al baseline e il valore rilevato alla scadenza prevista per la valutazione del piano</i><br><br><b>Indicatore per OSR 5.4</b><br>SCREENING MAMMOGRAFICO:<br>Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio annuale<br><br><b>Indicatore per OSR 5.5</b><br>SCREENING CERVICO-VAGINALE:<br>Numero di donne sottoposte a test di screening di primo livello / popolazione bersaglio annuale<br><br><b>Indicatore per OSR 5.6</b><br>SCREENING COLO-RETTALE:<br>Copertura da esami FIT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT / popolazione bersaglio annuale | <b>Standard OSR 5.4</b><br>60%<br><br><b>Standard OSR 5.5</b><br>50%<br><br><b>Standard OSR 5.6</b><br>50 (58-69 anni) |
|   | <b>OC 1.14.</b> Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA                  | <b>OSR 5.7</b><br>Adozione di indirizzo programmatico per lo screening della cervice con introduzione del test HPV-DNA<br><br><b>OSR 5.8</b><br>Introduzione graduale del test per la ricerca del DNA del Papilloma virus umano come test primario per lo screening della cervice uterina per le donne di 30-64 anni con completa applicazione della DGR 21-5705 del 23/4/2013   | <b>OSR 5.7</b><br>Adozione di indirizzo programmatico per lo screening della cervice con introduzione del test HPV-DNA<br><br><b>OSR 5.8</b><br>Introduzione graduale del test per la ricerca del DNA del Papilloma virus umano come test primario per lo screening della cervice uterina per le donne di 30-64 anni con completa applicazione della DGR 21-5705 del 23/4/2013   | <b>Indicatore per OSR 5.7</b><br>Attuazione della DGR 21-5705 del 23/4/2013 e adozione degli indirizzi<br><br><b>Indicatore per OSR 5.8</b><br>N. di Dipartimenti che hanno introdotto il test HPV-DNA/Totale Dipartimenti<br><br>N. inviti HPV-DNA/Totale della popolazione target   | <b>Standard OSR 5.7.1</b><br>Sì<br><br><b>Standard OSR 5.8</b><br>9/9<br><br>90%                                       |

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
|  | <b>OC 1.15.</b> Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella                        | <b>OSR 5.9</b><br>Verificare le condizioni di fattibilità e le modalità più appropriate per il perseguimento di tale obiettivo a livello regionale                          | <b>Indicatori per OSR 5.9</b><br>Ricognizione linee e esperienze regionali e definizione protocollo<br>N. dipartimenti nei quali viene attuata l'azione almeno in via sperimentale/n. totale dipartimenti | <b>Standard OSR 5.9</b><br>Disponibilità protocollo<br><br>90%   |
|  | <b>OC 1.10.</b> Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT | <b>OSR 5.10</b><br>Avvio di uno studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT | <b>Indicatore per OSR 5.10</b><br>1. Realizzazione studio di fattibilità<br>2. Attivazione programma, secondo modalità individuate dallo studio di fattibilità  | <b>Standard OSR 5.10</b><br>1. studio disponibile entro 31/12/2016<br><br>2.attivazione entro 31/12/2018 |
| <b>MO2.</b> Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali  | <b>OC 2.1.</b> Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita   | <b>OSR 5.11</b><br>Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita   | <b>Indicatore per OSR 5.11</b><br>Screening audiologico neonatale /n. punti nascita   | <b>Standard OSR 5.11</b><br>100%   |
|  | <b>OC 2.2.</b> Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita   | <b>OSR 5.12</b><br>Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita   | <b>Indicatore per OSR 5.12</b><br>Screening oftalmologico neonatale /n. punti nascita   | <b>Standard OSR 5.12</b><br>100%   |
| <b>MO10.</b> Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria | <b>OC 10.10.</b> Ridurre i disordini da carenza iodica  | <b>OSR 5.13</b><br>Proseguire monitoraggio TSH neonatale e implementare flusso informativo  | <b>Indicatore per OSR 5.13</b><br>Utilizzo del sistema standardizzato proposto dall'ISS per la trasmissione dati  | <b>Standard OSR 5.13</b><br>100%   |

\* La popolazione bersaglio annuale per ciascun dipartimento deve essere ricalcolata annualmente nella fase di implementazione del programma di screening cervicale con test HPV e di screening coloretale con FIT per le coorti mai invitate alla FS.

Nel caso dello screening cervicale, per le donne in fascia di età 25-29 anni in cui si mantiene il periodismo triennale con Pap-test, la popolazione bersaglio annuale è rappresentata da 1/3 della corrispondente popolazione complessiva, mentre per le donne di età compresa tra 30 e 64 anni, che progressivamente verranno inserite nel programma con test HPV a periodismo quinquennale, la popolazione bersaglio annuale, fino al completamento della fase di transizione, verrà ricalcolata in funzione della quota di donne già inserita nel programma HPV. Egualmente per quanto riguarda lo screening colo rettale la popolazione bersaglio del programma FIT verrà ricalcolata per ciascun dipartimento in funzione dell'intervallo di tempo trascorso dall'avvio del programma e del conseguente progressivo esaurirsi della coorte dei soggetti 59-69enni all'avvio del programma.

## Quadro strategico

### Screening oncologici

#### Specifiche regionali per quadro normativo di riferimento e stato di attuazione

Per gli screening per i carcinomi della mammella, della cervice uterina e del colon retto vi sono prove scientifiche di efficacia rispetto alla diminuzione della mortalità causa-specifica<sup>1</sup>. Essi fanno parte dei LEA. La Commissione Europea ha raccomandato la realizzazione di programmi organizzati di screening dotati di procedure di verifica e assicurazione di qualità negli Stati membri a favore di tutta la popolazione bersaglio e ha inoltre pubblicato linee guida per ciascuno dei tre screening (LG EU Citologico, Mammografico, Colon), alla redazione delle quali la Regione Piemonte ha attivamente contribuito attraverso Prevenzione Serena e il CPO Piemonte.

La Regione Piemonte ha adottato l'attuale programma di screening di popolazione per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto con la DGR 111/2006 e successive.

In Piemonte sono state introdotte strategie specifiche regionali per il miglioramento dei processi di screening oncologici.

La prima prevede un migliore utilizzo delle risorse disponibili promuovendo il ri-orientamento della prevenzione individuale spontanea verso i programmi di screening: tale strategia è basata sulla evidenza (Mantellini P *et al.* 2011) che la prevenzione individuale si dimostra mediamente meno efficace e più costosa che non la prevenzione di popolazione mediante i programmi di screening - Circolare n. 6368 del 22.02.1010.

La seconda strategia riguarda i programmi di screening del cervicocarcinoma mediante l'adozione del modello basato sul test primario HPV-DNA, che si è dimostrato più efficace e costo-efficace che non quello che utilizza il pap-test come test primario (Ronco G *et al.* EP 2013; Ronco G. *et al.* Lancet 2014); esso comporta alcune importanti modifiche, tra le quali rientrano sia quelle di tipo organizzativo (per es. centralizzazione dei laboratori di riferimento) sia quelle della tempistica del round sia della comunicazione - DGR 21-5705 del 23/4/2013.

I programmi sopradescritti sono rivolti alla popolazione a "rischio standard".

Attraverso l'approccio della Public Health Genomics è possibile valutare l'implementazione di percorsi organizzati di screening per pazienti ad alto rischio di sviluppo di cancro a causa di condizioni di rischio genetico (eredo familiare). La connessa strategia di sviluppo degli screening organizzati è di integrare professionalità per costruire e gestire percorsi diagnostici e cura per le malattie monogeniche (mendeliane) per i quali esista evidenza di efficacia e di fattibilità. In relazione alle più recenti conoscenze e in coerenza con il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013" di cui all'Intesa del 10/2/11, con le Linee di indirizzo su "La Genomica in Sanità Pubblica" di cui all'Intesa del 13/3/13 (nonché il precedente Piano nazionale della Prevenzione), si intende verificare la possibilità di sviluppare un percorso organizzato per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni del BRCA1 e BRCA2) con caratteristiche di integrazione e complementarietà al percorso di screening già in essere per la prevenzione del tumore della mammella. Il primo passo sarà rappresentato dalla definizione della fattibilità dell'istituzione di tale percorso, sulla base di una ricognizione del lavoro svolto negli anni scorsi dalla Commissione regionale sui rischi genetici.

#### Sinergie con altri programmi. Strategie selezionate

Studi condotti soprattutto nel contesto dello screening inglese hanno mostrato che interventi miranti a cambiare gli stili di vita rivolti a persone aderenti ai programmi di screening possono favorire cambiamenti delle abitudini alimentari e, in minor misura, della pratica di attività fisica e dell'abitudine al fumo (Anderson A *et al.* BMJ 2014; Signore C *et al.* Frontiers 2014). I momenti in cui si effettuano test preventivi oncologici possono costituire delle situazioni ideali (definite in letteratura come teachable moments) dove promuovere stili di vita salutari, in quanto possono rappresentare delle finestre di opportunità in cui i soggetti sono più propensi a considerare la relazione tra i propri comportamenti e gli effetti sulla salute. Le esperienze italiane e quella di Torino (studio Stivi) hanno evidenziato come l'adesione possa essere relativamente bassa soprattutto con interventi intensivi. Lo screening resta comunque un setting potenzialmente favorevole alla conduzione di interventi di promozione della salute.

È necessario creare un linkage tra il data-base delle vaccinazioni ed il database degli screening per trasferire in tempo reale i dati riguardanti le vaccinazioni HPV per permettere da un lato di modulare lo screening cervicale

<sup>1</sup> IARC Handbook; Hewitson P *et al.* Cochrane DB 2007; Elmunzer BJ *et al.* Plos One 2014; Ronco G *et al.* EP 2013.

in base alla storia di vaccinazione per HPV e dall'altro di condurre una valutazione della vaccinazione sulla base dei risultati dello screening.

## Screening neonatali

La perdita dell'udito è una delle più comuni anomalie congenite, presente con una frequenza di 1-3/1.000 neonati sani e di 4-5/100 nei neonati ad alto rischio di compromissione dell'udito<sup>2</sup>, con tassi di rischio più elevati in caso di nati pre-termine con peso estremamente basso. La perdita dell'udito può avere conseguenze importanti in termini di sviluppo delle capacità comunicative, cognitive e socio-emozionive, riducendo il livello di istruzione e di occupazione in età adulta. In assenza di screening, l'età media alla quale viene identificato il deficit è pari a 30 mesi. Considerato che le cause dell'ipoacusia possono essere genetiche (50%), connesse a condizioni patologiche a carico della madre durante la gestazione (rosolia, citomegalovirus, herpesvirus, toxoplasma, sifilide), legate al parto (per es. asfissia) o relative a quanto accade nelle primissime ore di vita (per es. presenza di ittero grave del neonato o di infezioni virali e batteriche per le quali spesso si utilizzano antibiotici che sono a loro volta tossici per la coclea), si può affermare che l'esordio delle ipoacusie infantili avviene nel 98% dei casi in epoca prenatale o perinatale mentre esistono esperienze di successo a seguito dell'adozione di piani terapeutici precoci. Due sono i metodi di diagnosi precoce disponibili: le Emissioni Otoacustiche Evocate (OAE) e la Risposta Automatica del Tronco Cerebrale Uditivo (ABR). Sono inoltre disponibili linee guida del JCIH per l'identificazione e l'intervento precoci in tema di deficit uditivo che prevedono le macro fasi di seguito riportate: screening per tutti i neonati tramite OAE e/o ABR entro il primo mese di vita distinguendo tra bambini a termine e bambini pretermine, approfondimento audiologico per i casi sospetti entro il terzo mese e definizione di un piano di intervento personalizzato entro il sesto. Vari organismi internazionali (AHQR, WHO) nel corso di questi ultimi anni, hanno stabilito l'importanza della diagnosi precoce della sordità infantile, definendo la necessità di sottoporre a screening tutti i neonati entro il primo mese di vita, indipendentemente dalla presenza di fattori di rischio audiologico, con l'obiettivo di effettuare una diagnosi precoce entro il terzo mese di vita e il conseguente intervento terapeutico-riabilitativo entro il sesto mese.

In Italia non è attivato un programma nazionale di screening audiologico neonatale universale e non sono disponibili dati di prevalenza riferiti alla popolazione nazionale.

L'incidenza delle patologie oculari responsabili di ipovisione congenita è stimata pari a 5 nuovi casi all'anno su 10.000 nati. Nei paesi industrializzati l'ipovisione congenita infantile costituisce non più del 5% dei casi totali di ipovisione (mentre nei paesi in via di sviluppo questa percentuale sale fino al 15%) da attribuire a cause essenzialmente di natura genetica, congenite o perinatali (nei paesi in via di sviluppo sono prevalentemente infettive e nutrizionali). Nel loro complesso, i difetti oculari congeniti (cataratta, glaucoma, retinoblastoma, retinopatia del prematuro) rappresentano, secondo i dati maggiormente accreditati, oltre l'80% delle cause di cecità e ipovisione nei bambini fino a cinque anni di età e più del 60% sino al decimo anno. Gli studi epidemiologici disponibili, peraltro in numero assai ridotto e, di solito, di tipo retrospettivo, fanno registrare una incidenza annuale, per quanto riguarda solamente la cataratta congenita, pari ad 1 nuovo caso su 1600-2000 nati. Molto spesso, oggi, l'epoca di individuazione di deficit (mono e bilaterale) della visione attribuibile a cause già rilevabili alla nascita, è spostata nel tempo (di solito giungono alla prima osservazione degli specialisti, soggetti con una età compresa tra i 18 e i 36 mesi) a fronte di studi che depongono, in caso di cataratta congenita bilaterale, di intervenire chirurgicamente entro i sette mesi di vita del bambino mentre recenti studi, condotti negli Stati Uniti d'America, mettono in risalto indici prognostici più favorevoli a seguito di interventi chirurgici effettuati generalmente tra la 3<sup>a</sup> e la 4<sup>a</sup> settimana di vita del bambino e comunque non oltre la 10<sup>a</sup>.

L'ipovisione congenita (e precoce) è in grado di determinare una situazione di forte rischio per lo sviluppo di funzioni e competenze quali, ad esempio, l'organizzazione del ritmo sonno-veglia, la strutturazione del rapporto madre-bambino, le competenze oculomotorie, motorie e psicomotorie, le competenze cognitive (categorizzazione, processi analitico/sintetici, rappresentazione mentale, funzioni neuropsicologiche come l'attenzione e la memoria), le competenze relazionali, comunicative e linguistiche e l'apprendimento formale. Per ottenere recuperi funzionali significativi, occorre che:

- la presa in carico della situazione avvenga in fasi molto precoci dello sviluppo,

<sup>2</sup> Progetto CCM 2010 "Valutazione della costo-efficacia di un programma di screening audiologico neonatale universale nazionale", Relazione finale ([www.agenas.it](http://www.agenas.it)).

- siano presi in considerazione sia gli aspetti di competenza strettamente oftalmologica sia quelli relativi allo sviluppo delle funzioni neurologiche e neuropsicologiche,
- le attività di tipo riabilitativo siano volte, attraverso l'interessamento contemporaneo e congiunto degli altri sensi, alla promozione dello sviluppo globale della persona.

In questo contesto, organismi ministeriali e società scientifiche internazionali (Organizzazione Mondiale della Sanità, Accademia Americana di Pediatria, International Agency for the Prevention of Blindness) e nazionali (Società Oftalmologica Italiana, Sezione italiana dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità) sono concordi nel raccomandare l'esecuzione del test del "Red Reflex" (o del Riflesso rosso in campo pupillare) per la valutazione dell'occhio nel periodo neonatale nonché durante tutte le successive visite di controllo dello stato di salute. La prova del Riflesso rosso è essenziale per il precoce riconoscimento di situazioni che potenzialmente possano mettere in pericolo la visione (o la vita) come la cataratta congenita, il glaucoma, il retinoblastoma, le anomalie retiniche, le malattie sistemiche con manifestazioni oculari e in caso di forti errori di rifrazione.

Quadro normativo:

- Delibera Percorso nascita regionale n. 34-8769 del 12/05/2008
- Determinazione Agenda della salute dalla nascita all'adolescenza n. 349 del 18/11/1999
- Delibera screening metabolici neonatali DGR n. 58-8036 del 30/06/1981

Strategie selezionate: screening universalistico neonatale. Approccio universalistico di screening alla nascita, eseguito in tutti i punti nascita.

## Screening malattie croniche non trasmissibili

In Piemonte, già il primo Piano regionale della Prevenzione (2005-2007) aveva previsto un progetto di prevenzione cardiovascolare, in collaborazione con altri progetti regionali, in particolare quello di riduzione della prevalenza di fumatori in Piemonte. In questo ambito era stata realizzata un'indagine campionaria tra i medici di famiglia che aveva consentito di individuare i principali bisogni formativi dei MMG in campo di riconoscimento e gestione del rischio cardiovascolare; a seguito di tale indagine, è stata realizzata una FAD inerente i principali fattori di rischio cardiovascolare quali la valutazione del rischio cardiovascolare, l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, il fumo di sigaretta, che ha però registrato una bassa adesione. L'attività non ha avuto un seguito.

## Sinergie con altri programmi

Guadagnare salute Piemonte - Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario.

## Profilo di salute, trend dei fenomeni, dati di attività

### Screening oncologici

#### Dati mortalità e incidenza

I dati di incidenza, mortalità e prevalenza relative ai tumori oggetti di interventi di screening sono disponibili online sul sito del CPO Piemonte ([www.cpo.it](http://www.cpo.it)) che riporta anche stime per ASL. Sullo stesso sito è anche disponibile il Rapporto sui tumori in Piemonte, pubblicato nel 2011, che contiene anche dati sui trend di incidenza e mortalità e informazioni sull'andamento dei ricoveri oncologici.

In sintesi tra le donne il tumore della mammella resta il più frequente sia in termini di incidenza (3320 casi/anno) che di mortalità (800 casi/anno). L'aumento dell'incidenza è però contenuto e in gran parte attribuibile all'anticipazione dovuta allo screening. Grazie all'anticipazione diagnostica si osserva un trend verso un aumento della sopravvivenza e una riduzione della mortalità specifica. Per Torino città e per l'ASL di Biella dove il programma è attivo da più tempo si osserva un esaurimento dell'onda di prevalenza dovuta allo screening, che è invece ancora presente nelle altre zone.

Anche per i tumori della cervice uterina l'incidenza delle forme invasive è contenuta (180 casi/anno) mentre la mortalità è avviata ad un sostanziale azzeramento (60 casi/anno).

Il tumore del colon-retto rimane il secondo per mortalità sia tra gli uomini (890 casi/anno) che tra le donne (770 casi/anno). Si osserva un moderato aumento dell'incidenza, in particolare a carico del colon, e una moderata riduzione della mortalità, favorita anche dalla diffusione del programma di screening.

### **Livello regionale (PRP)**

La popolazione bersaglio dei programmi di screening in Piemonte è la seguente:

- screening mammografico, donne 45-75 anni: totale 923.520 (dati 31 dicembre 2013). Il protocollo prevede l'invito attivo biennale tra 50 e 69 anni a 604.765 donne e l'invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione. Le donne nelle fasce di età 45-49 e 70-75 possono inoltre aderire spontaneamente;
- screening per il carcinoma cervicovaginale, donne 25-64 anni (invito attivo triennale): 1.212.660. È stata deliberata l'introduzione del test HPV-DNA per le donne 30-64 anni (DGR 21-5705 del 23 aprile 2013). Il programma è attuato con un invito attivo con allocazione casuale di una proporzione crescente di donne al nuovo test, partendo dal 40% di inviti al test HPV per giungere al 100% del target in 4 anni. A fine 2014 erano stati attivati i due laboratori di riferimento regionale e l'attività con HPV era stata avviata in 6 dipartimenti su 9;
- screening sigmoidoscopico per il carcinoma colo rettale, donne e uomini a compimento del 58° anno: 58.400 ogni anno. Alle persone che non aderiscono all'invito alla sigmoidoscopia viene offerta la possibilità di optare per lo screening con il FOBT (sangue occulto nelle feci);
- screening FIT (sangue occulto nelle feci) per il carcinoma colo rettale, rivolto a donne e uomini di 59-69 anni non invitati nel programma con sigmoidoscopia, fino ad esaurimento della coorte in ciascun dipartimento. A partire da una popolazione iniziale di 514.051 persone, questo gruppo si esaurirà progressivamente nell'arco di 10 anni, in tempi diversi in relazione alla data di attivazione del programma nei diversi dipartimenti (a Torino, ad esempio, dove il programma è iniziato nel 2003, la popolazione bersaglio di questa modalità di screening è esaurita nel 2013, mentre a Cuneo dove il programma è iniziato a fine 2009, l'attività si esaurirà nel 2019). Della definizione dell'appropriato denominatore si deve tenere conto nel calcolo dell'indicatore.

### **Livello locale (PLP)**

Le attività precedentemente descritte a livello regionale vengono programmate con le medesime modalità in riferimento alla popolazione dei 9 Dipartimenti Interaziendali di Prevenzione Secondaria dei Tumori.

### **Soggetti / Servizi attuatori a livello regionale ed eventualmente locale**

Coordinamento regionale screening; CPO; Centri di Riferimento Regionali (mammella, cervice e colonretto); CSI; Dipartimenti Interaziendali di Prevenzione Secondaria dei tumori e UVOS.

Strutture Ospedaliere di Radiologia, Anatomia Patologica, Ginecologia, Gastroenterologia, Chirurgia, Unità di prelievo / Consultori Familiari.

Gruppo di lavoro per la ricognizione relativamente all'identificazione precoce dei soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.

### **Baseline indicatori regionali (2014)**

La "copertura da inviti" rappresenta il grado con cui il programma è effettivamente esteso alla popolazione bersaglio. Poiché una quota consistente di persone adeguatamente sensibilizzate chiede di partecipare al programma, senza attendere la lettera di invito, nella copertura da inviti si considerano come 'inviti' anche le persone che hanno richiesto spontaneamente l'inserimento nel programma, avendone maturato i requisiti. L'indicatore "copertura da inviti" è calcolato come rapporto tra numero di inviti ad effettuare il test di screening in un determinato anno + le persone che hanno partecipato spontaneamente, avendone maturato i requisiti e la popolazione bersaglio annuale.

La "copertura da esami" rappresenta il grado con cui il programma è effettivamente esteso alla popolazione bersaglio ed il grado di adesione della popolazione al protocollo di screening proposto. Esso è calcolato come rapporto tra il numero di esami di screening effettuati in un determinato anno e la popolazione bersaglio annuale. Questo indicatore può descrivere il grado di realizzazione della riconversione. Per le fasce di popolazione alle quali è offerta l'adesione spontanea allo screening mammografico (45-49 e 70-75), verrà inoltre utilizzato l'indicatore rappresentato dalla proporzione di mammografie effettuate in Prevenzione Serena rispetto al totale di mammografie (Prevenzione Serena e ambulatoriali) eseguite in Piemonte.

|   | FONTE DI VERIFICA                                  | VALORE OSSERVATO AL<br>31/12/2014 |
|---|--|-----------------------------------|
| SCREENING MAMMOGRAFICO:<br>Copertura da inviti: età 50-69 anni – proporzione di inviti + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale     | Data Base Prevenzione Serena, analisi CPO Piemonte | 70,2%                             |
| Copertura da esami: Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio 50-69 anni  | Data Base Prevenzione Serena, analisi CPO Piemonte | 47,0%                             |
| SCREENING CERVICO-VAGINALE:<br>Copertura da inviti: Numero donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione | Data Base Prevenzione Serena, analisi CPO Piemonte | 78%                               |
| Copertura da esami: età 25-64, esecuzione di un numero di esami di screening di primo livello / popolazione bersaglio annuale                   | Data Base Prevenzione Serena, analisi CPO Piemonte | 43,2%                             |
| SCREENING COLO-RETTALE:<br>Copertura da inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione                     | Data Base Prevenzione Serena, analisi CPO Piemonte | 80,2%                             |
| Copertura da esami FOBT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FOBT / popolazione bersaglio             | Data Base Prevenzione Serena, analisi CPO Piemonte | 30,2%                             |

**Tabella 1.** Baseline indicatori regionali 2014 screening oncologici

I dati di performance dei programmi di screening nel 2014 riflettono l'acuirsi di criticità legate alla riduzione delle risorse dedicate e all'incertezza del contesto organizzativo. La scelta di garantire il periodismo di screening per le persone già aderenti, operata da molti programmi, ha permesso di mantenere buoni livelli di copertura da esami, ma tende ad aggravare il ritardo nella copertura della popolazione inevitabile. L'impatto degli interventi di riorganizzazione dell'offerta e della governance dei servizi di prevenzione, avviati nel 2015, potrà essere valutato solo nel medio periodo. Nella fase di transizione i ritardi si sono acuiti.

Per queste ragioni si ritiene realistico uno scenario che prevede un consolidamento progressivo tra il 2016 e il 2018 dei livelli di attività regionali sui valori previsti dagli standard nazionali.

## Screening neonatali

La popolazione bersaglio è rappresentata dai nuovi nati piemontesi, circa 37.000 suddivisi in 27 punti nascita; il parto avviene in un Punto Nascita pubblico nel 99% dei casi.

Lo screening audiologico neonatale è già attualmente prassi diffusa nei punti nascita piemontesi attraverso la rilevazione del rischio familiare, del rischio anamnestico ed a partire dal 2001 con la valutazione dei deficit uditivi attraverso le otoemissioni, mono o bilateralmente. I neonati che hanno richiesto terapia intensiva neonatale vengono valutati con otoemissioni e ABR. La valutazione con otoemissioni viene eseguita dal personale del punto nascita prima delle dimissioni del neonato. Il risultato è trascritto sulla "Agenda della salute" che viene consegnata alla dimissione ad ogni neonato. Il punto nascita si fa carico della comunicazione ai genitori, dei richiami e dell'approfondimento diagnostico successivo. Il percorso diagnostico-terapeutico attivato dal sospetto neonatale non è attualmente oggetto di specifico registro regionale; l'indagine condotta presso i Punti Nascita ha evidenziato la mancanza di un dato di ritorno sugli invii al secondo livello diagnostico. I dati di conferma della diagnosi sono quindi attualmente derivabili unicamente dal flusso SDO relativo agli impianti cocleari eseguiti in Regione o in mobilità. Si riportano in tabella 2 i dati 2013 confrontati con una precedente rilevazione del 2010: i dati sono suggestivi per una anticipazione della protesizzazione in linea con le raccomandazioni, ma la situazione non è ancora ottimale.

| ETÀ  | 2013      |             |                      |                        | 2010                                 |
|--|-----------|-------------|----------------------|------------------------|--------------------------------------|
|  | Frequenza | Percentuale | Frequenza cumulativa | Percentuale cumulativa | Frequenza                            |
| 0  | 5         | 23,81       | 5                    | 23,81                  | 0                                    |
| 1  | 11        | 52,38       | 16                   | 76,19                  | 3                                    |
| 2  | 3         | 14,29       | 19                   | 90,48                  | 7                                    |
| 3  | 2         | 9,52        | 21                   | 100                    | 3                                    |
| Fonte: elaborazione DoRS su dati SDO, Schede di Dimissione Ospedaliera |           |             |                      |                        | Fonte: elaborazione Regione Piemonte |

**Tabella 2.** Ricoveri per impianti cocleari per età del ricoverato. Anno 2013. Soggetti residenti in Piemonte, ricoverati dentro e fuori regione

ICD IX-CM interventi e procedure principali: 20.96, 20.97, 20.98.



Lo screening oftalmologico neonatale con la ricerca del riflesso rosso è prassi diffusa nei punti nascita piemontesi con organizzazione e modalità diverse.

A partire dal 2001, con l'introduzione nella Regione Piemonte della "Agenda della salute del bambino dalla nascita all'adolescenza", consegnata dal punto nascita a tutti i neonati, viene proposta la ricerca del riflesso rosso nel Bilancio di Salute neonatale ai pediatri/neonatologi del punto nascita, in quello dei 15 giorni ed in quello del 2°/3° mese ai pediatri di famiglia in base a raccomandazioni internazionali quali quelle dell'Accademia Americana di Pediatria del 2008, che raccomanda l'esecuzione delle prove del riflesso rosso come una componente della valutazione dell'occhio nel periodo neonatale e durante tutti i successivi controlli di salute. Il neonato pre-termine viene esaminato, secondo i protocolli già esistenti in letteratura, da oftalmologi esperti sia durante la degenza sia dopo la dimissione. Il risultato della ricerca del riflesso rosso del BdS neonatale è trascritto sulla "Agenda della salute" ed il punto nascita si fa carico della comunicazione ai genitori, dei richiami e dell'approfondimento diagnostico successivo.

I dati di conferma della diagnosi sono attualmente derivabili unicamente dal flusso SDO relativi ad esempio agli interventi per cataratta, eseguiti in Regione o in mobilità, che risulta l'anomalia congenita oculare più frequente (1 su 1600/2000 nati).

| Diagnosi                  |   | Età   |       |       |       |        |
|---------------------------|---|-------|-------|-------|-------|--------|
|                           |   | 0     | 1     | 2     | 3     | Totale |
| Anomalia congenita occhio | N | 23    | 17    | 7     | 11    | 58     |
|                           | % | 39,66 | 29,31 | 12,07 | 18,97 | 100    |
| Retinoblastoma            | N | 1     | 5     | 4     | 8     | 18     |
|                           | % | 5,56  | 27,78 | 22,22 | 44,44 | 100    |
| Totale                    | N | 24    | 22    | 11    | 19    | 76     |
|                           | % | 31,58 | 28,95 | 14,47 | 25,00 | 100,00 |

**Tabella 3.** Ricoverati per problemi oculari per età del ricoverato. Anno 2013. Soggetti residenti in Piemonte, ricoverati dentro e fuori regione. ICD IX-CM diagnosi principale: 743, 1905

Fonte: elaborazione DoRS su dati SDO

L'Agenda della salute propone dal 2001 nel BdS dei tre anni al pediatra di famiglia lo screening dei difetti visivi con l'esame della vista, lo stereotest ed il cover-test. In alcune ASL già prima era prassi diffusa lo screening dell'ambliopia dai tre ai quattro anni organizzato con modalità diverse a seconda dei territori al di fuori della pediatria di base, prassi che in alcuni casi è proseguita finora.

Il test per l'ipotiroidismo congenito viene eseguito in Piemonte a partire dal 1982 su tutti i nuovi nati. Il coordinamento è assicurato dal Centro Screening Regione Piemonte e Valle D'Aosta. Nel periodo 1982-2009 sono stati individuati 315 casi di ipotiroidismo congenito pari ad un'incidenza di circa 1:3.100.

### Screening malattie croniche non trasmissibili

Nella regione Piemonte, così come in tutto il nostro Paese, le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) – malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete – sono ritenute la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità. Il progressivo aumento della speranza di vita che si è registrato negli ultimi anni (84 anni per le donne e 79 per gli uomini - dati 2014) ha accresciuto la probabilità di sviluppare tumori, malattie cardiovascolari e diabete con correlato aumento della disabilità e aumento del numero di soggetti con ridotta autonomia, scarsa inclusione sociale e minore partecipazione alla vita attiva. Conseguentemente, la speranza di vita libera da disabilità si attesta su valori molto più contenuti e simili per entrambi i sessi (circa 65 anni).

Questi dati, già molto allarmanti, sono destinati a peggiorare per diverse ragioni, fra le quali la tendenza all'aumento dell'inattività fisica e l'aumento epidemico di sovrappeso e obesità. Secondo l'OECD (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, che riunisce 53 Paesi fra i più ricchi del mondo), nonostante le MCNT pesino per il 60-80% sul carico di malattia complessivo, i Paesi membri spendono solo il 3% (e l'Italia anche meno) del loro budget sanitario per le attività di prevenzione e di salute pubblica per agire sui fattori di rischio, ampiamente modificabili, delle MCNT. Alcuni fattori di rischio come il sovrappeso e il fumo, tendono inoltre ad essere associati e ad esercitare la loro azione negativa sulle classi socioeconomiche più svantaggiate che hanno meno probabilità di conoscere e di avere le "chiavi" di accesso e di utilizzazione efficace dei servizi. Azioni ed interventi, settoriali e intersettoriali, coordinati e continuativi possono contribuire a migliorare gli stili di vita dei cittadini attraverso l'attivazione di un processo di *empowerment* individuale, che li può rendere soggetti attivi delle proprie scelte in fatto di salute.

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva e crono programma di massima

#### **1. Consolidamento dell'attività di screening con raggiungimento della copertura della popolazione e incremento della quota di assistiti che effettua i test di screening proposti nell'ambito del programma regionale**

Estensione della copertura dello screening mammografico a tutta la Regione e inserimento nella programmazione di tutti i Dipartimenti di screening dell'offerta di screening annuale alle donne 45enni.

Implementazione della modalità di invito alla sigmoidoscopia che utilizzi una lettera di preavviso per le persone eleggibili. Integrazione dell'attività spontanea FOBT entro il programma organizzato.

Estensione della modalità di invito attivo anche alle persone che hanno rifiutato sia la sigmoidoscopia che il primo invito ad effettuare il FIT.

#### **2. Potenziamento degli interventi rivolti alle donne straniere**

Sensibilizzazione alla prevenzione del tumore del collo dell'utero tramite la distribuzione di opuscoli multilingue presso ASL, consultori familiari, centri interculturali, in occasione di seminari e convegni sul tema, e nelle varie comunità presenti sul territorio regionale; raccolta e analisi dei dati sulla partecipazione agli screening mammografico e cervicale delle donne straniere residenti in Piemonte per un confronto continuo con le donne italiane; ampliamento della rete di rapporti con le principali associazioni territoriali che si occupano di immigrazione; pianificazione di azione strategiche per promuovere lo screening cervicale tra le donne straniere e donne nomadi sul territorio regionale.

#### **3. Assicurazione di qualità nell'intero processo screening – approfondimenti diagnostici – terapia**

È prevista la continuazione delle attività di monitoraggio e controllo della qualità dei programmi di screening attraverso la raccolta periodica di tutti gli indicatori di processo e di esito previsti sia a livello regionale che nazionale. I risultati saranno restituiti e condivisi con gli operatori. In Piemonte ciò già avviene ma sarà ulteriormente sviluppato attraverso l'attività dei Centri regionali di riferimento per l'assicurazione di qualità nei tre screening e attraverso workshop regionali per l'approfondimento dei dati. Inoltre, è previsto il monitoraggio, la restituzione dei risultati agli attori del progetto e la definizione delle azioni correttive da intraprendere, che saranno discussi nelle riunioni mensili del comitato di coordinamento regionale degli screening.

Proseguirà l'organizzazione di corsi di formazione continua e di aggiornamento specifici per le diverse figure professionali e attività di tirocinio pratico presso i Centri regionali di riferimento.

#### **4. Attuazione della riconversione attraverso la copertura della popolazione bersaglio tramite un solo binario di screening rappresentato dal programma regionale Prevenzione Serena**

Gli indicatori di processo che misurano gli obiettivi di cui sopra sono pubblicati ogni anno dall'Osservatorio Nazionale Screening ([www.osservatorionazionale screening.it](http://www.osservatorionazionale screening.it)). I dati per la Regione Piemonte sono raccolti e analizzati dal CPO periodicamente o in studi ad hoc. Alcuni dati (frequenza di esami ambulatoriali) sono invece forniti attualmente dal CSI. L'attuazione della riconversione comprende incontri di formazione continua e di aggiornamento in ciascun Dipartimento con i medici di medicina generale e gli specialisti. Sono previsti inoltre incontri con i responsabili e gli operatori dei CUP. L'attuazione della riconversione viene periodicamente monitorata attraverso la produzione degli indicatori di estensione e di qualità degli screening. Il monitoraggio, la restituzione dei risultati agli attori del progetto e la definizione delle azioni correttive da intraprendere sono effettuati in occasione delle riunioni mensili del comitato di coordinamento regionale degli screening e dei workshop annuali, uno per ciascun programma di screening, ai quali sono invitati tutti gli operatori.

#### **5. Programmi di screening per il cancro della cervice uterina**

L'introduzione graduale del test HPV-DNA sul territorio regionale come test primario di screening (primo livello) determinerà nell'arco di 5 anni la completa sostituzione del Pap-test per lo screening citologico per le donne dai 30 ai 64 anni d'età.

#### **6. Sviluppo di interventi rivolti alle donne con rischio ereditario per tumore della mammella**

Sulla base della ricognizione e della valutazione delle esperienze attivate verrà definita un'ipotesi organizzativa per lo sviluppo di questa attività sul territorio regionale, integrata con l'attività di screening già in corso.

## 7. Screening neonatali

In continuità con quanto già realizzato in Regione oltre all'universalità degli screening (= tutti i neonati dei punti nascita della regione Piemonte) il programma mira a consolidare la copertura, assicurare l'omogeneità dell'offerta e migliorare l'organizzazione del sistema per le modalità di comunicazione delle informazioni e di invio al secondo ed il coinvolgimento dei pediatri di famiglia. Saranno inoltre rilevate le eventuali necessità formative del personale da coprire con adeguati interventi formativi.

Cronoprogramma: per tutto il periodo interessato prosecuzione dello screening a tutti i neonati; 2016 audit di percorso; 2017 definizione di un percorso per i positivi ai due screening nei DMI.

## 8. Screening malattie croniche non trasmissibili

Lo studio parte da una valutazione del contesto regionale che, considerando la distribuzione delle MCNT sul territorio piemontese, le caratteristiche della popolazione, i servizi esistenti e le iniziative già in corso, e attraverso una analisi della letteratura scientifica, consenta di avviare un tavolo di lavoro per il coinvolgimento degli stakeholder e la definizione condivisa di un percorso di fattibilità.

Entro fine 2015 si intende costituire uno steering committee che provveda all'analisi del contesto e alla creazione di un network di professionisti sanitari e stakeholder da coinvolgere per la progettazione; nel 2016 sarà elaborato lo studio di fattibilità, da sperimentare entro il 2018 in una realtà locale selezionata:

- valutazione del contesto;
- valutazione della letteratura scientifica;
- creazione di un tavolo di lavoro per la stesura dello studio di fattibilità.

### Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma

Disponibilità di risorse adeguate per l'erogazione delle prestazioni necessarie a garantire il livello di copertura previsto dagli obiettivi. Parte di queste risorse possono anche derivare dalla riorganizzazione dell'attività spontanea, che dovrebbe essere ricondotta nell'ambito del programma di screening, che può garantire un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

Il reinserimento del finanziamento vincolato per funzione per il programma di screening definisce un quadro di riferimento certo per lo sviluppo dell'attività e responsabilizza le direzioni aziendali vincolandole al mandato di assicurare prestazioni incluse nei LEA.

L'analisi dell'attività degli ultimi anni indica come la riorganizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse e l'adozione di misure atte a sostenere lo sviluppo dell'attività di screening sono più facilmente realizzate se lo screening viene inserito tra gli obiettivi che determinano i livelli di incentivazione dei direttori.

Disponibilità di una anagrafe sanitaria aggiornata e accurata per la gestione degli inviti.

La consistente revisione della rete ospedaliera e territoriale in avvio nella regione, che richiederà tempo per giungere a regime, potrebbe interferire, rallentandoli, con i tempi di realizzazione delle azioni.

### Monitoraggio e contrasto disuguaglianze

Il programma prevede azioni che hanno in comune la strategia dello screening di popolazione. Tra le tre aree di screening previste, due sono maggiormente interessate da fenomeni di disuguaglianza sociale nell'accesso al servizio: quello dell'identificazione precoce dei soggetti a rischio di MCNT e quello degli screening oncologici. I dati Multiscopo salute hanno evidenziato che in Piemonte la frazione di prevalenza attribuibile alle disuguaglianze sociali (FADS) di non uso degli screening oncologici è, nelle donne, del 22% per lo screening cervicale, dell'1,2% per il non uso di screening colo-rettale, del -11% per il non uso della mammografia (con svantaggio a carico delle donne istruite, ma anche per competizione con il sistema privato), e del -5,4% negli uomini per il non utilizzo di screening colo-rettale. Per quanto riguarda la diagnosi di diabete, la FADS è del 11% negli uomini e del 27% nelle donne, per l'ipertensione del -24% negli uomini – con uno svantaggio dunque a carico dei più istruiti – e del 28% nelle donne, mentre tra l'11 e il 16% per l'ipercolesterolemia (per quest'ultimo dato: fonte Osservatorio epidemiologico Cardiovascolare Italiano). Qualora si attuassero programmi di prevenzione orientati all'equità e si eliminasse l'esposizione differenziale ai suddetti comportamenti/diagnosi, l'impatto a livello di popolazione sarebbe di un'ampia riduzione della prevalenza del non uso di screening con PAP test (6,8% nelle donne in fascia di screening e 2% nella popolazione generale) e per la diagnosi di ipercolesterolemia (circa 4%), più bassi per diabete e l'ipertensione (circa 1%), e di un lieve aumento del non uso della mammografia a causa del comportamento delle donne più istruite.

Tutte le azioni previste dal programma saranno sottomesse entro il 2015 ad un esercizio rapido di *health equity audit* per identificare se ci sono esigenze di miglioramento dell’allocazione degli interventi per venire incontro alla distribuzione sociale del rischio. Le azioni relative agli screening del carcinoma del collo dell’utero, che ha un impatto importante sulle disuguaglianze in Piemonte, saranno sottomesse ad un *health equity audit* più approfondito che si preoccuperà non solo di revisionare e correggere l’allocazione degli interventi in funzione del rischio, ma anche di revisionare l’efficacia attesa degli interventi per le diverse categorie di vulnerabilità sociale delle rispettive popolazioni bersaglio. Ad esempio, la popolazione straniera rappresenta una sacca di popolazione che più difficilmente aderisce agli screening. A tal proposito, ci si propone sia di proseguire il monitoraggio dell’attività di screening nella popolazione non italiana attraverso la survey sulle popolazioni migranti condotta per l’ONS e attraverso analisi ad hoc, sia di potenziare le collaborazioni con le associazioni culturali e di volontariato che operano sul territorio regionale a favore dei migranti e con i centri ISI della Regione.

L’universalità dello screening e le misure per assicurarne la omogenea applicazione sul territorio regionale, in particolare per i percorsi diagnostico terapeutici dei soggetti positivi, è in grado di contrastare disuguaglianze e ritardi di accesso agli interventi di prevenzione delle ipoacusie gravi e della cecità.

## Bibliografia

IARC Handbook of cancer prevention Vol 15.

Ronco G, Biggeri A, Confortini M, Naldoni C, Segnan N, Sideri M, Zappa M, Zorzi M, Calvia M, Accetta G, Giordano L, Cogo C, Carozzi F, Gillio Tos A, Arbyn M, Meijer CJ, Snijders PJ, Cuzick J, Giorgi Rossi P. Health technology assessment report: HPV DNA based primary screening for cervical cancer precursors. *Epidemiol Prev.* 2012 May-Aug;36(3-4 Suppl 1):e1-72.

Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, Kitchener H, Segnan N, Gilham C, Giorgi-Rossi P, Berkhof J, Peto J, Meijer CJ; the International HPV screening working group. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet.* 2014; 383 (9916):524-32.

Hewitson P, Glasziou PP, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007;1.

Elmunzer BJ, Hayward RA, Schoenfeld PS, Saini SD, Deshpande A, Waljee AK. Effect of flexible sigmoidoscopy-based screening on incidence and mortality of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med.* 2012;9(12):e1001352.

Segnan N, Patnick J, von Karsa L (eds). *European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis - First Edition.* Luxembourg: Publications Office of the European Union: European Commission, 2010.

Perry N, Broeders M, de Wolf C, et al. (eds): *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis.* 4th edition Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg: 2006.

Arbyn M, Anttila A, Jordan J et al. (eds), *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*, 2nd edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 2008.

Mantellini P, Lippi G, Caumo F, Zenari S. *I costi dello screening* Ed. Zadig 2011.

Senore C., Giordano L, Bellisario C, Di Stefano F, Segnan N. Population based cancer screening programmes as a teachable moment for primary prevention interventions. A review of the literature. *Frontiers in Oncology* 2012; 2.

Anderson AS, Craigie AM, Caswell S, Treweek S, Stead M, Macleod M, et al. The impact of a bodyweight and physical activity intervention (BeWEL) initiated through a national colorectal cancer screening programme: randomised controlled trial. *BMJ* 2014; 348.

Senore C, Ederle A, DePretis G, Magnani C, Canuti D, Deandrea S, et al. Invitation strategies for colorectal cancer screening programmes: The impact of an advance notification letter. *Prev Med* 2015;73C:106-11.

Peacock O, Watts ES, Hanna N, Kerr L, Goddard AF, Lund JN. Inappropriate use of the faecal occult blood test outside of the National Health Service colorectal cancer screening programme. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2012; 24:1270-1275.

|   |   |     |  |             |             |             |
|---|---|-----|--|-------------|-------------|-------------|
| Azione 5.1.1<br><b>Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico</b>  | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Raggiungere la piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico attraverso l'incremento dell'estensione reale (copertura da inviti).   |     | <b>OSR cui si riferisce:</b> 5.1, 5.2, 5.3 |             |             |             |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Efficace redistribuzione della spesa per gli screening oncologici attraverso la riconversione e il trasferimento dei fondi risparmiati con la riduzione dello screening spontaneo e degli esami inappropriati allo screening organizzato e attraverso l'istituzione dei fondi vincolati per lo screening. |     |  |             |             |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale   |     |  |             |             |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |     |  |             |             |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   |     | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |             |             |             |
|   | <i>Indicatori sentinella:</i>   |     | <b>2015</b>                                | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|   | <b>SCREENING MAMMOGRAFICO Età 50-69 anni</b><br>Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale  |     | 75%  | 85%         | 100%        | 100%        |
| <b>SCREENING CERVICO-VAGINALE Età: 25-64 anni</b><br>Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale |   | 70% | 80%  | 100%        | 100%        |             |
| <b>SCREENING COLO-RETTALE Età 58 anni</b><br>Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale                            |   | 82% | 85%  | 100%        | 100%        |             |

|  |   |             |   |             |             |
|--|---|-------------|---|-------------|-------------|
| Azione 5.1.2<br><b>Screening mammografico</b>  | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Aumentare l'estensione e la copertura da esami delle donne di età 45-49 anni  |             | <b>OSR cui si riferisce:</b> 5.1, 5.2     |             |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Invio con cadenza annuale della lettera che presenta l'offerta dello screening con mammografia a tutte le donne 45-49 anni con parallela riduzione dell'attività di mammografia clinica extra-screening e riorganizzazione dell'offerta di esami di screening.<br>In questa fascia di età lo screening offerto con cadenza annuale è efficace (IARC Handbook), ma il rapporto tra costi e benefici è meno favorevole che nelle classi di età più avanzate. Pertanto è ancora più importante la corretta comunicazione e l'adesione consapevole. |             |   |             |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Locale   |             |   |             |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |             |   |             |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   |             | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |             |             |
| <i>Indicatore sentinella: Numero di dipartimenti che hanno inviato la lettera informativa/n. totale dipartimenti</i>   |   | <b>2015</b> | <b>2016</b>                               | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| <i>Indicatore sentinella: Numero di dipartimenti che hanno inviato la lettera informativa/n. totale dipartimenti</i>   |   | 5/9         | 7/9                                       | 9/9         | 9/9         |
| Numero di dipartimenti che hanno attivato le procedure di reindirizzamento delle donne che richiedono prenotazione di esami di controllo al CUP/n. totale dipartimenti |   | 5/9         | 7/9                                       | 9/9         | 9/9         |

|   |   |   |             |             |             |
|---|---|---|-------------|-------------|-------------|
| Azione 5.3.1<br><b>Screening coloretale</b>                         | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Adozione della modalità di invito con lettera di preavviso  | <b>OSR cui si riferisce:</b> 5.3, 5.6     |             |             |             |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Invio di una lettera di preavviso alle persone eleggibili per l'invito un mese prima dell'invio dell'invito effettivo con l'offerta di appuntamento. L'intervento determina, in particolare tra le persone invitate alla sigmoidoscopia, un incremento di adesione al programma (Senore C <i>et al.</i> Prev Med 2015), a fronte di un costo modesto. |   |             |             |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e locale   |   |             |             |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |             |             |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |             |             |             |
|   |   | <b>2015</b>                               | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|   | <b>Indicatore sentinella: Numero di dipartimenti che hanno inviato la lettera informativa</b>   | <b>1</b>                                  | <b>3</b>    | <b>7</b>    | <b>9</b>    |
| Proporzione di persone aderenti al primo invito alla sigmoidoscopia | 24%   | 25%                                       | 27%         | 30%         |             |

|   |   |  |                  |                  |                  |
|---|---|--|------------------|------------------|------------------|
| Azione 5.4.1<br><b>Estensione e rafforzamento degli interventi per le donne straniere</b>   | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Estensione e rafforzamento degli interventi per le donne straniere  | <b>OSR cui si riferisce:</b> 5.4, 5.5, 5.6 |                  |                  |                  |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricognizione ed aggiornamento delle esperienze attuate, in corso ed in programmazione sul territorio regionale per ridurre le disuguaglianze e favorire l'accesso agli screening oncologici femminili della popolazione straniera residente e non.</li> <li>• Prosecuzione nella diffusione del materiale informativo in lingua per le donne immigrate sul territorio regionale.</li> <li>• Ampliamento e potenziamento della rete di rapporti e sinergie tra i vari servizi sociosanitari, le associazioni culturali e gli operatori e i servizi che si occupano di immigrazione per un continuo interscambio di informazioni ed esperienze.</li> <li>• Analisi delle barriere all'accesso ai programmi di screening oncologici della popolazione straniera residente e non sul territorio regionale al fine di pianificare nuove e specifiche strategie comunicative e di invito.</li> <li>• Coinvolgimento diretto dei sottogruppi interessati nella pianificazione degli interventi tramite focus group.</li> </ul> |  |                  |                  |                  |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Locale/Regionale   |  |                  |                  |                  |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |  |                  |                  |                  |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |                  |                  |                  |
|   |   | <b>2015</b>                                | <b>2016</b>      | <b>2017</b>      | <b>2018</b>      |
|   | Diffusione del materiale informativo sul territorio/ogni anno   | Almeno una volta                           | Almeno una volta | Almeno una volta | Almeno una volta |
| Identificazione e presa di contatto con le associazioni/servizi che si occupano di immigrazione   |   | Sì   | Sì               | Sì               |                  |
| Identificazione di argomenti da trattare nell'ambito di focus group e loro attuazione (almeno un incontro tra personale dello screening e rappresentanze dell'utenza straniera) |   | Sì   | Sì               | Sì               |                  |

|   |  |  |                                |             |                                       |
|---|--|--|--------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| Azione 5.3.2<br>Attività FOBT   | <b>Obiettivi dell'azione</b>   | Integrazione dell'attività FOBT ambulatoriale entro il programma organizzato   |                                |             | <b>OSR cui si riferisce:</b> 5.3, 5.6 |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b>   | <p>Riduzione del numero dei laboratori che effettuano il test e centralizzazione dell'attività.</p> <p>Definizione di una lista di indicazioni appropriate da diffondere nei CUP, che dovranno rinviare al programma tutte le persone nella fascia di età bersaglio del programma (58-69) con indicazioni diverse da quelle appropriate.</p> <p>L'evidenza disponibile indica che il test presenta indicazioni estremamente limitate al di fuori di un programma di screening (Peacock 2012 EJGH).</p> <p>I costi dell'attività ambulatoriale sono più elevati di quelli che si registrano per l'esecuzione del test nel programma di screening.</p> |                                |             |                                       |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b>   | Regionale e locale   |                                |             |                                       |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b>  | 2015-2018  |                                |             |                                       |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |                                |             |                                       |
|   |  | <b>2015</b>  | <b>2016</b>                    | <b>2017</b> | <b>2018</b>                           |
|   | Definizione e diffusione agli operatori della lista di indicazioni ammesse                           | Definizione della lista  | Diffusione della lista ai CUP  |             |                                       |
|   | Numero di dipartimenti che adottano il nuovo protocollo per la prenotazione di esami extra screening | 1  | 4                              | 8           | 9                                     |
| Proporzione di esami extra-screening effettuati su persone in fascia di età di screening sul totale (screening+extra-screening) | 40%  | 25%  | 20%                            | 15%         |                                       |
| Centralizzazione dei laboratori   | Analisi dell'esistente e dei flussi  | Definizione delle procedure di transizione e identificazione dei laboratori di riferimento   | Centralizzazione dell'attività |             |                                       |

|   |   |  |             |             |   |
|---|---|--|-------------|-------------|---|
| Azione 5.2.1<br>Introduzione del test HPV-DNA   | <b>Obiettivi dell'azione</b>  | Implementazione del piano di introduzione del test HPV-DNA per le donne 30-64 anni   |             |             | <b>OSR cui si riferisce:</b> 5.2, 5.5, 5.7, 5.8 |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b>  | <p>Ogni Dipartimento di Screening pianificherà la propria attività incrementando progressivamente la proporzione di persone sottoposte a test HPV nella fascia 30-64 anni. È previsto (DGR 21-5705 del 23 aprile 2013) che entro maggio 2018, nella fascia 30-64, le persone siano invitate a screening secondo il protocollo definito dalla stessa DGR (test primario HPV).</p> |             |             |   |
|   | <b>Livello cui si colloca :</b>                                       | Regionale e locale   |             |             |   |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b>   | 2015-2018  |             |             |   |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |             |             |   |
|   |   | <b>2015</b>  | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b>                                     |
|   | Attuazione della DGR 21-5705 del 23/4/2013 e adozione degli indirizzi | Sì   |             |             |   |
| Numero di dipartimenti che ha avviato il programma con HPV primario   | 9   | 9  | 9           | 9           |   |
| <b>Indicatore sentinella: invitate a test HPV di primo livello nell'anno/ totale invitate nell'anno (complessivo regionale)</b> | <b>30%</b>  | <b>40%</b>   | <b>50%</b>  | <b>90%</b>  |   |

|   |  |   |             |             |             |
|---|--|---|-------------|-------------|-------------|
| Azione 5.8.1<br><b>Completamento dell'anagrafe regionale delle vaccinazioni</b> | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Permettere di modulare lo screening cervicale in base alla storia di vaccinazione per HPV. Permettere la valutazione della vaccinazione sulla base dei risultati dello screening   | <b>OSR cui si riferisce: 5.8</b>          |             |             |             |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Il completamento dell'anagrafe regionale delle vaccinazioni è parte degli obiettivi sul controllo delle malattie infettive. Il completamento è previsto per il 2016. È necessario creare un linkage tra questa ed il database degli screening per trasferire in tempo reale i dati riguardanti le vaccinazioni HPV. Prima del 2016 si prevedono test su alcune aree per valutare il sistema. |   |             |             |             |
|   | <b>Livello cui si colloca: Regionale</b>   |   |             |             |             |
|   | <b>Periodo di attuazione: 2015-2017</b>  |   |             |             |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |             |             |             |
|   |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| Proporzione di popolazione per cui è funzionante il linkage                     | -  | 20%                                       | 70%         | 100%        |             |

|  |  |  |                        |                        |                        |
|--|--|--|------------------------|------------------------|------------------------|
| Azione 5.4.2<br><b>Qualità dei programmi di screening</b>  | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Promozione della qualità dei programmi di screening  | <b>OSR cui si riferisce: 5.4, 5.5, 5.6</b> |                        |                        |                        |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Proseguimento dell'attività di formazione che il CPO, dal 1998, su mandato della regione, coordina ed organizza per tutti gli operatori inseriti nei programmi di screening mammografico, cervicale e coloretale. Il progetto formativo comprende corsi di base, specifici e pratici. I corsi di base si rivolgono a tutte le professionalità mirando a far conseguire un inquadramento teorico sui principi e sull'organizzazione dello screening. I corsi specifici e pratici forniscono specialistiche competenze professionali. Vengono anche svolti incontri monotelatici di aggiornamento e approfondimento su dati di attività (workshop annuali), nuove tecnologie e problematiche emerse nel corso dell'attività dei singoli programmi. In specifiche situazioni vengono organizzati eventi a livello nazionale che mettono a confronto progetti di ricerca e studi in corso nell'ambito dei tre screening. |  |                        |                        |                        |
|  | <b>Livello cui si colloca: Regionale</b>   |  |                        |                        |                        |
|  | <b>Periodo di attuazione: 2015-2018</b>  |  |                        |                        |                        |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |                        |                        |                        |
|  |  | <b>2015</b>                                | <b>2016</b>            | <b>2017</b>            | <b>2018</b>            |
|  | Valutazione del fabbisogno formativo degli operatori dei tre screening oncologici piemontesi sia in relazione a nuovi inserimenti di personale, che all'adozione ed applicazione di nuovi protocolli e nuove tecnologie  | Effettuata valutazione                     | Effettuata valutazione | Effettuata valutazione | Effettuata valutazione |
|  | Progettazione dell'attività formativa annuale sulla base del bisogno informativo identificato  | Effettuata                                 | Effettuata             | Effettuata             | Effettuata             |
|  | Realizzazione dell'attività progettata, su base annuale  | Almeno 70%                                 | Almeno 70%             | Almeno 70%             | Almeno 70%             |
|  | Copertura formativa del personale inserito negli screening oncologici piemontesi (sia in termini di dislocazione territoriale che di qualifica professionale)  | Almeno 80%                                 | Almeno 80%             | Almeno 80%             | Almeno 80%             |
| Espletazione di tutte le pratiche relative al percorso ECM   | Effettuata   | Effettuata                                 | Effettuata             | Effettuata             |                        |
| Valutazione dei questionari di apprendimento, di gradimento dei partecipanti al termine di ogni evento | Effettuata   | Effettuata                                 | Effettuata             | Effettuata             |                        |



|   |   |   |                                  |             |             |
|---|---|---|----------------------------------|-------------|-------------|
| Azione 5.9.1<br><b>Interventi rivolti alle donne con rischio ereditario per tumore della mammella</b> | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Sviluppo di interventi rivolti alle donne con rischio ereditario per tumore della mammella  |   | <b>OSR cui si riferisce:</b> 5.9 |             |             |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Sulla base della ricognizione effettuata in precedenza (sulle determinazioni e raccomandazioni assunte dai gruppi regionali sulla genetica e l'alto rischio in oncologia, sulle raccomandazioni e linee guida nazionali e internazionali, sulle attività messe in atto dalle altre Regioni) definire un protocollo di intervento per quanto riguarda le donne ad aumentato rischio di tumore della mammella e in particolare definire le interazioni tra questo protocollo e il programma regionale di screening. Il primo passo sarà la costituzione di un gruppo interdisciplinare regionale che avrà l'incarico di condurre e coordinare l'azione. |   |                                  |             |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e locale   |   |                                  |             |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |                                  |             |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |                                  |             |             |
|   |   | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>                      | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|   | Costituzione del gruppo regionale   | Costituzione del gruppo                   | -                                | -           | -           |
|   | Definizione del protocollo  | -   | Definizione del protocollo       | -           | -           |
| Numero di dipartimenti nei quali viene attuata l'azione almeno in via sperimentale                    | -   | -   | 4                                | 8           |             |
| Casi a rischio avviati al percorso previsto dal protocollo / totale casi a rischio individuati        | ---   | ---                                       | 60%                              | 80%         |             |

|  |   |   |  |  |             |
|--|---|---|--|--|-------------|
| Azione 5.11.1<br><b>Ricognizione screening neonatali</b> | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Verificare e orientare l'effettiva attuazione degli screening in tutti i punti nascita, in particolare per i percorsi di presa in carico dei neonati positivi ai test di screening  |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br><b>5.11.</b> Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita<br><b>5.12.</b> Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita |  |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br><br>Attivazione di un tavolo regionale di esperti ed operatori dei singoli DMI.<br>Definizione di una griglia per la raccolta delle informazioni.<br>Invio del questionario e valutazione delle risposte.<br>Restituzione dei dati relativi al percorso screening audiologico e oftalmologico a tutti i punti della rete e agli stakeholders.<br>Redazione di un documento di indirizzo sulle modalità di effettuazione dei test di screening e sui percorsi di presa in carico dei neonati positivi.<br>Predisposizione e realizzazione di adeguate iniziative di formazione per gli operatori dei dmi e i pediatri di famiglia. |   |  |  |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale e locale   |   |  |  |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015/2016   |   |  |  |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                       |  |  |             |
|  |   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>  | <b>2017</b>  | <b>2018</b> |
|  | Attivazione del tavolo  | Griglia disponibile   |  |  |             |
| N. DMI che compilano la griglia                          |   | 100%  |  |  |             |
| Restituzione ricognizione                                |   | Report di restituzione messo a disposizione di tutti i soggetti |  |  |             |
| Documento di indirizzo                                   |   |   | Documento di indirizzo redatto e messo a disposizione di tutti i DMI   |  |             |
| Iniziative di formazione                                 |   |   |  | Almeno 1 iniziativa di formazione realizzata/programmate |             |

|   |  |   |   |             |             |
|---|--|---|---|-------------|-------------|
| Azione 5.12.1<br><b>Test con riflesso rosso</b>   | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Effettuare il test con riflesso rosso in tutti i Punti Nascita per i neonati senza fattori di rischio  |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br><b>5.12.</b> Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita |             |             |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Si proseguirà nello screening con riflesso rosso per i neonati senza fattori di rischio in tutti i Punti Nascita che già lo effettuano e si avvierà lo screening nelle situazioni eventualmente carenti. |   |   |             |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> locale  |   |   |             |             |
|   | <b>Periodo di attuazione</b> 2016-2018   |   |   |             |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |   |             |             |
|   |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>   | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso sul totale dei Punti Nascita</b> |  | <b>90%</b>                                | <b>90%</b>  | <b>100%</b> |             |

|  |   |   |   |             |             |
|--|---|---|---|-------------|-------------|
| Azione 5.12.2<br><b>Screening della retinopatia</b>  | <b>Obiettivi dell'azione:</b> effettuare lo screening della retinopatia del pretermine in tutti i neonati pretermine  |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br><b>5.12.</b> Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita |             |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Si proseguirà nello screening della retinopatia del prematuro in tutti i Punti Nascita/ TIN che già lo effettuano e si avvierà lo screening nelle situazioni eventualmente carenti. |   |   |             |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> locale   |   |   |             |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2016-2018   |   |   |             |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |   |             |             |
|  |   | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>   | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| N. di punti nascita che effettuano lo screening della retinopatia del pretermine sul totale dei Punti Nascita /TIN |   | 90%                                       | 90%   | 100%        |             |

|   |  |   |  |             |             |
|---|--|---|--|-------------|-------------|
| Azione 5.11.2<br><b>Screening audiologico con otoemissioni</b>  | <b>Obiettivi dell'azione:</b> effettuare lo screening audiologico con otoemissioni in tutti i neonati  |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br>5.11. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita |             |             |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Si proseguirà nello screening audiologico in tutti i Punti Nascita che già lo effettuano e si avvierà lo screening nelle situazioni eventualmente carenti. |   |  |             |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> locale  |   |  |             |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2016-2018  |   |  |             |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |  |             |             |
|   |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>  | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br>N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico sul totale dei Punti Nascita |  | 90%                                       | 90%  | 100%        |             |

|  |  |   |  |             |             |
|--|--|---|--|-------------|-------------|
| Azione 5.11.3<br><b>Screening audiologico con otoemissioni e ABR</b>   | <b>Obiettivi dell'azione:</b> effettuare lo screening audiologico con otoemissioni e ABR in tutti i neonati che hanno richiesto terapia intensiva neonatale  |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br>5.11. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita |             |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Si proseguirà nello screening audiologico con otoemissioni e ABR per i neonati in terapia intensiva in tutti i Punti Nascita che già lo effettuano e si avvierà lo screening nelle situazioni eventualmente carenti. |   |  |             |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> locale  |   |  |             |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2016-2018  |   |  |             |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |  |             |             |
|  |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>  | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico con otoemissioni e ABR per i neonati in terapia intensiva sul totale dei Punti Nascita |  | 90%                                       | 90%  | 100%        |             |

|  |   |   |   |             |             |
|--|---|---|---|-------------|-------------|
| Azione 5.13.1<br><b>Monitoraggio del TSH neonatale</b>                         | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Verificare e mettere a regime le modalità di comunicazione dei risultati del monitoraggio del TSH neonatale all'Osservatorio Nazionale Iodoprofilassi |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br>5.13. Proseguire monitoraggio TSH neonatale e implementare flusso informativo |             |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Verifica della qualità di funzionamento del sistema di trasmissione dei dati. Predisposizione e realizzazione di adeguate misure di miglioramento.  |   |   |             |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale e locale   |   |   |             |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015/2016   |   |   |             |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |   |             |             |
|  |   | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>   | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|  | Report sulla qualità della trasmissione dei dati  | Report disponibile                        |   |             |             |
| Misure di miglioramento  |   | 100% misure implementate                  |   |             |             |
| Utilizzo del sistema standardizzato proposto dall'ISS per la trasmissione dati |   |   | A regime  | A regime    |             |

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| Azione 5.10.1<br><b>Screening malattie croniche non trasmissibili</b> | <b>Obiettivi dell'azione:</b><br>Delineare il quadro epidemiologico della popolazione destinataria del possibile programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT; attuare una ricognizione delle iniziative e delle risorse presenti nel territorio, nonché dei soggetti potenzialmente coinvolgibili nel network. Predisporre lo studio di fattibilità del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da sperimentare in una realtà locale selezionata.  |  | <b>OSR cui si riferisce:</b><br><b>5.10.</b> Avvio di uno studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT |   |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Attività principali:  |  |   |   |
|   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. costituzione steering committee;</li> <li>2. analisi della situazione epidemiologica relativa alla distribuzione delle MCNT sul territorio piemontese;</li> <li>3. analisi del profilo della popolazione afferente alle varie ASL piemontesi in termini di abitudini alimentari, pratica di attività fisica, tabagismo;</li> <li>4. verifica della strutture esistenti in ambito territoriale per la messa in atto di strategie preventive legati agli stili di vita;</li> <li>5. ricognizione di progetti, iniziative, attività routinarie già strutturati nel contesto territoriale;</li> <li>6. analisi della letteratura scientifica relativa agli interventi di prevenzione primaria legati agli stili di vita ritenuti efficaci;</li> <li>7. ricerca e valutazione esperienze di altre regioni;</li> <li>8. elaborazione di un documento preliminare di sintesi dei risultati emersi dalle fasi precedenti, da utilizzare per la consultazione degli stakeholder finalizzata alla creazione del network;</li> <li>9. creazione di un network di professionisti sanitari e di stakeholder da coinvolgere per la progettazione dello studio di fattibilità;</li> <li>10. identificazione delle linee di azione e stesura del documento;</li> <li>11. identificazione del contesto di applicazione;</li> <li>12. definizione degli indicatori di processo e di risultato per la valutazione dell'impatto;</li> <li>13. stima dell'impatto economico;</li> <li>14. sperimentazione del programma nelle modalità individuate dallo studio di fattibilità.</li> </ol> |  |   |   |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale, puntuale  |  |   |   |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |  |   |   |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |  |   |   |
|   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>                            | <b>2017</b>   | <b>2018</b>   |
| Analisi epidemiologica e delle iniziative esistenti                   | Steering committee costituito e funzionante   | Documento di analisi agli atti         |   |   |
| Creazione network professionisti e stakeholder                        |   | Network costituito e funzionante       |   |   |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Avvio programma sperimentale</b>  |   | <b>Studio di fattibilità agli atti</b> | <b>Individuazione territorio sperimentazione (atti regionali)</b>   | <b>Report sull'avvio della sperimentazione, entro dicembre 2018</b> |



**PROGRAMMA 6**  
**LAVORO E SALUTE**

| Macro obiettivi  | Obiettivi centrali  | Obiettivi specifici regionali  | Indicatore OSR   | Standard OSR   |
|--|---|--|--|--|
| <b>MO7</b><br><b>Prevenire gli infortuni e le malattie professionali</b> | <b>OC 7.1:</b> Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante accordo di conferenza tra Stato e Regioni | <b>OSR 6.1:</b> Consolidare e implementare i sistemi informativi ed il loro utilizzo   | <b>Indicatore</b> (azione 6.1.1): report regionale descrittivo dei rischi e danni<br><b>Indicatore</b> (azione 6.1.2): anagrafe aziende con rischio cancerogeno attuale qualificato  | <b>Standard OSR 6.1</b><br>Report regionale disponibile e presentato al CRC<br>Utilizzo sistema raccolta dati nell'80% delle ASL                                 |
|  | <b>OC 7.2:</b> Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP  | <b>OSR 6.2:</b> Aumentare la notifica delle malattie professionali   | <b>Indicatore</b> (azione 6.2.1): N. di operatori sanitari formati all'utilizzo del sistema MALPROF/numero di operatori da formare<br><b>Indicatore</b> (azione 6.2.1): N. di interventi informativo/formativi rivolti ai MO-MMG-MC<br><b>Indicatore</b> (azione 6.2.1): N. di segnalazioni di patologie correlate al lavoro pervenute agli SPreSAL<br><b>Indicatore</b> (azione 6.2.2): report regionale descrittivo dei tumori ad alta frazione eziologica rilevati dai COR<br><b>Indicatore</b> (azione 6.2.2): N. di segnalazioni di tumori professionali pervenute agli SPreSAL | <b>Standard OSR 6.2</b><br>80%<br>Almeno un intervento sul territorio regionale + 5% rispetto al 2014<br>Report disponibile e discusso CRC + 5% rispetto al 2014 |
|  | <b>OC 7.3:</b> Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità  | <b>OSR 6.3:</b> Sostenere le funzioni di RLS e RLST  | <b>Indicatore</b> (azione 6.3.1): N. di iniziative di informazione/assistenza<br><b>Indicatore</b> (azione 6.3.1): report regionale relativo alle attività svolte a supporto di RLS/RLST   | <b>Standard OSR 6.3</b><br>Almeno 2 iniziative<br>Report disponibile e discusso CRC  |
|  | <b>OC 7.4:</b> Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale   | <b>OSR 6.4:</b> Sostenere i soggetti della prevenzione, diffondere e promuovere l'utilizzo di strumenti di supporto alle imprese             | <b>Indicatore</b> (azione 6.4.1): aggiornamento e pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi<br><b>Indicatore</b> (azione 6.4.1): documento contenente le procedure per l'accertamento degli adempimenti relativi alla formazione<br><b>Indicatore</b> (azione 6.4.2): report regionale sulle attività di promozione svolte   | <b>Standard OSR 6.4</b><br>Pubblicazione on line almeno 2 aggiornamenti<br>Approvazione e diffusione documento<br>Report disponibile                             |
|  | <b>OC 7.5:</b> Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende   | <b>OSR 6.5:</b> Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo   | <b>Indicatore</b> (azione 6.5.1): predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo<br><b>Indicatore</b> (azione 6.5.1): N. di ASL che effettuano attività di informazione-vigilanza sulla tematica/totale delle ASL  | <b>Standard OSR 6.5</b><br>Documento approvato 50%   |
|  | <b>OC 7.6:</b> coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori   | <b>OSR 6.6:</b> Consolidare i percorsi formativi nell'ambito della rete delle scuole che promuovono la sicurezza                             | <b>Indicatore</b> (azione 6.6.1): N. di percorsi formativi diretti a insegnanti delle scuole   | <b>Standard OSR 6.6</b><br>Almeno 4 moduli di aggiornamento  |
|  | <b>OC 7.7:</b> promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni                  | <b>OSR 6.7:</b> Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza fra Enti, anche attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione | <b>Indicatore</b> (azione 6.7.1): N. di ASL che effettuano attività di vigilanza coordinata-congiunta/ totale delle ASL<br><b>Indicatore</b> (azione 6.7.1): report regionale di attività degli OPV<br><b>Indicatore</b> (azione 6.7.2): report sull'applicazione del Piano Regionale Edilizia<br><b>Indicatore</b> (azione 6.7.3): N. di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura/ totale delle ASL<br><b>Indicatore</b> (azione 6.7.3): N. di ASL che effettuano attività di vigilanza congiunta in agricoltura/totale delle ASL   | <b>Standard OSR 6.7</b><br>50%<br>Report disponibile<br>Report in tutte le ASL 100%<br>50%   |
|  | <b>OC 7.8:</b> Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit  | <b>OSR 6.8:</b> Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza  | <b>Indicatore</b> (azione 6.8.1): N. di documenti di linee di indirizzo operative/check list sulla vigilanza prodotti  | <b>Standard OSR 6.8</b><br>1 documento   |



## Quadro strategico

L'obiettivo Prevenire gli infortuni e le malattie professionali si colloca in un quadro di riferimento normativo chiaro, stante la legge attualmente in vigore sulla materia, il DLgs 81 del 2008 – con le successive modifiche intervenute – che ha accorpato praticamente tutti gli obblighi di salute e sicurezza del lavoro in un vero e proprio “Testo unico”. Altre normative importanti, a livello nazionale, sono quelle attinenti al Coordinamento delle attività di vigilanza, in particolare il DPCM 21/12/2007.

Anche la Regione Piemonte, nel corso degli anni, ha approvato leggi e atti amministrativi di indirizzo riguardanti la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro.

I filoni di attività prioritari degli SPreSAL sono: vigilanza e controllo; attività autorizzativa e sanitaria; inchieste per infortuni e malattie professionali; informazione/assistenza/formazione; mantenimento e implementazione sistema informativo.

Si riportano alcuni dati inerenti le principali attività attuate dagli SPreSAL evidenziando, come negli anni, nonostante la criticità dei Servizi legata alla carenza di risorse, una migliore razionalizzazione degli interventi abbia comunque consentito un buon livello prestazionale.

### Sintesi dei dati generali di vigilanza, periodo 2007-2014

| Principali attività di vigilanza                      | Anno 2007 | Anno 2008 | Anno 2009 | Anno 2010 | Anno 2011 | Anno 2012 | Anno 2013 | Anno 2014 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| N. aziende controllate                                | 6.376     | 6.144     | 7.774     | 8.282     | 9.713     | 9.930     | 10.170    | 10.237    |
| LEA 5% (az. controllate su az. da controllare)        | 3,30      | 3,60      | 4,00      | 4,05      | 5,03      | 5,17      | 5,29      | 5,32      |
| N. cantieri ispezionati                               | 2.061     | 2.259     | 2.473     | 2.541     | 2.621     | 2.608     | 2.505     | 2.498     |
| N. cantieri non a norma                               | 1.362     | 1.373     | 1.534     | 1.562     | 1.550     | 1.460     | 1.326     | 1.133     |
| % cantieri non a norma su cantieri ispezionati        | 66,08     | 60,78     | 62,03     | 61,47     | 59,14     | 55,98     | 52,93     | 45,36     |
| N. cantieri notificati                                | 22.472    | 22.413    | 26.183    | 28.545    | 27.389    | 26.276    | 26.523    | 24.795    |
| % cantieri controllati su notificati                  | 9,17      | 10,08     | 9,45      | 8,90      | 9,57      | 9,93      | 9,44      | 10,07     |
| N. cantieri ispezionati congiuntamente con altri Enti | n.d.      | n.d.      | 214       | 290       | 296       | 381       | 405       | 299       |
| N. aziende agricole ispezionate                       | n.d.      | n.d.      | 95        | 215       | 287       | 371       | 577       | 612       |
| N. inchieste infortuni concluse                       | 1.485     | 1.302     | 1.188     | 1.558     | 1.561     | 1.403     | 1.297     | 1.144     |
| N. Inchieste malattie professionali concluse          | 813       | 596       | 732       | 905       | 979       | 976       | 959       | 891       |

### Sintesi dei dati relativi alla valutazione di pareri e piani di bonifica amianto

| Pareri  | Anno 2009 | Anno 2010 | Anno 2011 | Anno 2012 | Anno 2013 | Anno 2014 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| N. pareri pervenuti/esaminati   | 3.029     | 3.215     | 2.799     | 2.503     | 1.127     | 807       |
| N. piani bonifica (art. 256 D.lgs 81/08) e notifiche pervenute (art. 250 D.lgs 81/08) | 4.493     | 4.804     | 5.310     | 5.815     | 5.775     | 5.444     |

Per il periodo 2014-2018 si intende continuare con le funzioni già in essere, correlate ai filoni citati, sviluppando prioritariamente le azioni individuate dal presente Piano al fine di conseguire gli obiettivi strategici.

In particolare rispetto al Macro Obiettivo MO7:

- dalla situazione di debole ripresa economica ci si attende un aumento dell'incidenza infortunistica. Le azioni di piano saranno dunque volte a contrastare tale andamento e, per quanto possibile, a favorire l'emersione degli infortuni sotto notificati. L'obiettivo per il 2018 è quello di mantenere una sostanziale stabilità dei tassi di infortuni gravi totali e nel comparto costruzioni e di mantenere stabile la quota di eventi gravi in agricoltura sul totale degli eventi;
- stante il problema della sottonotifica delle malattie professionali, si intende conseguire nel 2018 l'obiettivo di un aumento del 5% delle segnalazioni di malattie professionali che pervengono ai Servizi. Il raggiungimento dell'obiettivo è correlato all'andamento delle attività produttive presenti sul territorio, in quanto la cessazione delle stesse può comportare la diminuzione delle segnalazioni. Per questo motivo, oltre che per le ingenti risorse necessarie attualmente non disponibili, lo standard assunto a livello regionale è di un aumento del 5% delle segnalazioni di malattie professionali correlate ai vari rischi/comparti.

La necessità di monitorare rischi e danni da lavoro è universalmente riconosciuta anche al fine di documentare e valutare i risultati raggiunti e di orientare la programmazione delle attività di prevenzione. Il piano di prevenzione della Regione Piemonte dedica un'importante quota di attività al consolidamento e all'implementazione dei sistemi informativi riguardanti i rischi e i danni da lavoro.

Nella letteratura scientifica internazionale esistono indicazioni contrastanti sull'efficacia diretta degli interventi di vigilanza, soprattutto per l'inadeguatezza metodologica di molti studi (Mischke *et al.*, 2013) e per le differenti metodologie di intervento adottate nei vari paesi. Anche le revisioni specifiche riguardanti azioni condotte per la prevenzione degli infortuni in comparti ad alto rischio come l'edilizia o l'agricoltura evidenziano una limitata disponibilità di prove di efficacia (Rautiainen *et al.*, 2008; van der Molen *et al.*, 2012). Nella specifica realtà italiana esistono pochi studi perlopiù di piccole dimensioni ma è da segnalare un lavoro che evidenzia l'efficacia dei piani di prevenzione in edilizia nel ridurre il tasso di infortuni totali e gravi (Farina *et al.*, 2012). Più in generale, la letteratura segnala la necessità di individuare ulteriori strategie per massimizzare la compliance dei datori di lavoro e dei lavoratori alle misure di sicurezza prescritte da leggi e regolamenti attraverso interventi a livello regionale. Il piano di prevenzione della Regione Piemonte prevede di sviluppare azioni specifiche in edilizia e agricoltura anche con l'attivazione di azioni di coordinamento con gli altri attori della prevenzione presenti sul territorio. Sono inoltre sviluppate azioni di supporto agli RLS e agli RLST e di sostegno alle imprese.

Esiste una limitata evidenza di efficacia degli interventi sul luogo di lavoro per ridurre stress, burnout, assenze per malattia, turnover e migliorare il benessere psicologico (Bergerman *et al.*, 2009). Tra gli interventi di prevenzione primaria, quelli volti a incrementare l'attività fisica sul luogo di lavoro possono ridurre sintomi depressivi e ansiosi mentre quelli di promozione della salute in generale migliorano la salute mentale (Harvey *et al.*, 2012). Generalmente sono più efficaci gli interventi multicomponente che prevedono contemporaneamente azioni a livello organizzativo e individuale (Awa *et al.*, 2010). Gli interventi però devono essere attentamente progettati e adeguatamente valutati. Il Piano di prevenzione del Piemonte intende rivedere in modo sistematico le prove disponibili al fine di predisporre linee di indirizzo operativo che garantiscano omogeneità di intervento e attivazione di iniziative evidence-based. Il lavoro sarà svolto in collaborazione con il programma guadagnare salute.

La scuola costituisce un ambiente privilegiato ove promuovere la cultura della sicurezza nei confronti dei lavoratori di domani. Il programma riguardante infortuni e malattie professionali intende sviluppare percorsi formativi diretti agli insegnanti con un ruolo nei servizi di prevenzione e protezione ma anche agli studenti degli istituti tecnici. Saranno sviluppate anche azioni di promozione della cultura della sicurezza volte a prevenire gli infortuni scolastici in ogni ordine di scuola, in sinergia con il programma guadagnare salute. Si è infatti appena concluso un progetto di valutazione delle azioni messe in campo dalle reti di scuole del Piemonte nel 2009-2010 che ha misurato un impatto positivo sui tassi infortunistici (Bena *et al.*, 2015).

#### **Sinergie con altri programmi:**

Guadagnare salute in Piemonte – Comunità e ambienti di lavoro

Guadagnare salute in Piemonte – Scuole che promuovono salute

Ambiente e salute

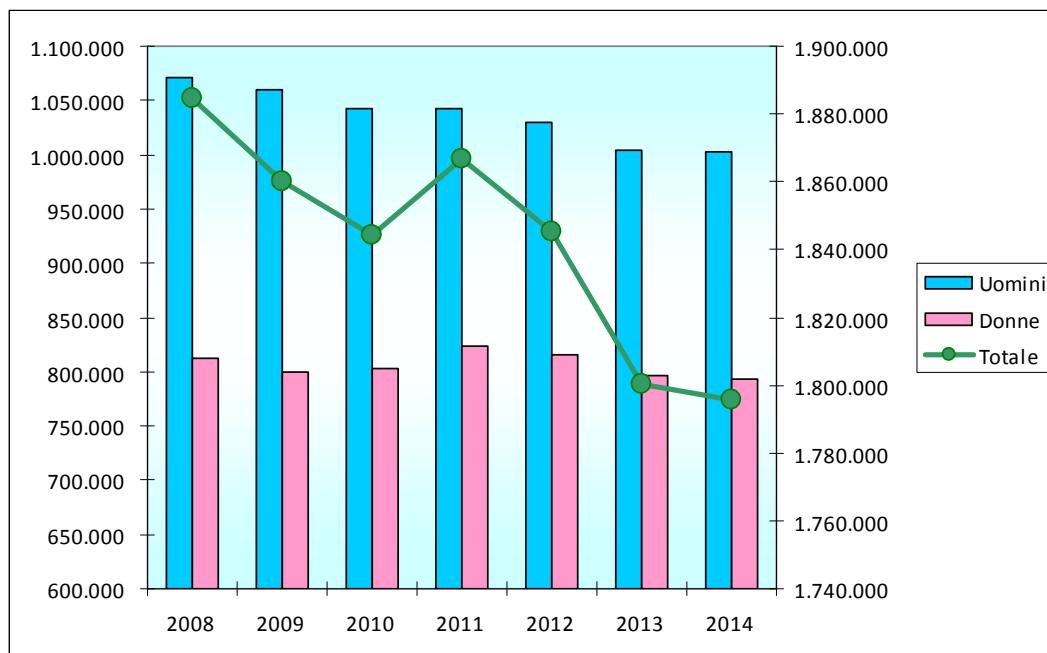
### **Profilo di salute e trend dei fenomeni**

L'andamento dell'occupazione in Piemonte, in deciso calo a partire dalla crisi economica del 2008, ha avuto una stabilizzazione nel corso del 2014. La variazione percentuale tra il 2014 e il 2013 è del -0,2% (nell'anno precedente era -2,4%). La diminuzione è tutta a carico del genere femminile (-0,5%), mentre il saldo è 0 tra i maschi (fig. 1).

Gli occupati stanno aumentando in agricoltura (la variazione percentuale tra il 2014 e il 2013 è del +7,1%), soprattutto nelle province di Cuneo, Asti, Alessandria e Biella (fig. 2). Sono ancora in calo gli occupati in edilizia (la variazione percentuale tra il 2014 e il 2013 è del -2,6%), soprattutto in provincia di Torino (-16,2%). Si registra invece una ripresa nelle province di Vercelli, Cuneo e Asti (fig. 3).

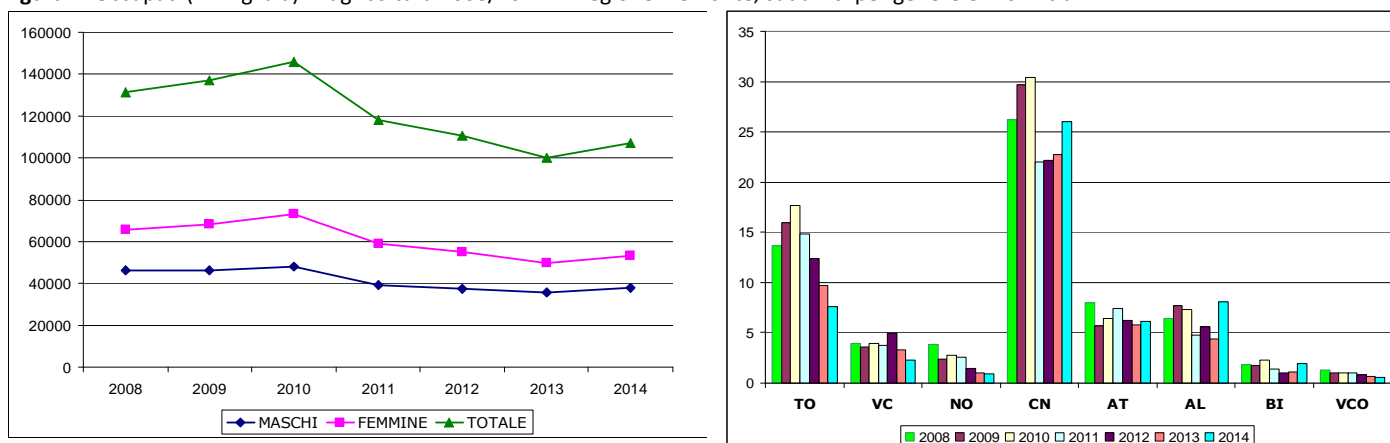
Il comparto maggiormente rappresentato in Piemonte è quello dei servizi (126.520 imprese assicurate all'Inail nel 2013), seguito dalle costruzioni (71.856 imprese assicurate), dal commercio (35.646 imprese assicurate) e dalla metalmeccanica (24.092 imprese assicurate). Nei servizi l'attività più rappresentata è quella del lavoro d'ufficio (60%) seguita da coloro che fanno uso di veicoli a motore (10%) e dal settore alberghiero (6%). La struttura produttiva è per lo più costituita di imprese di piccole dimensioni: si tratta per il 95% di imprese con meno di 10 addetti o di lavoratori autonomi.

**Figura 1.** Occupati in Regione Piemonte 2008-2014, suddivisi per genere



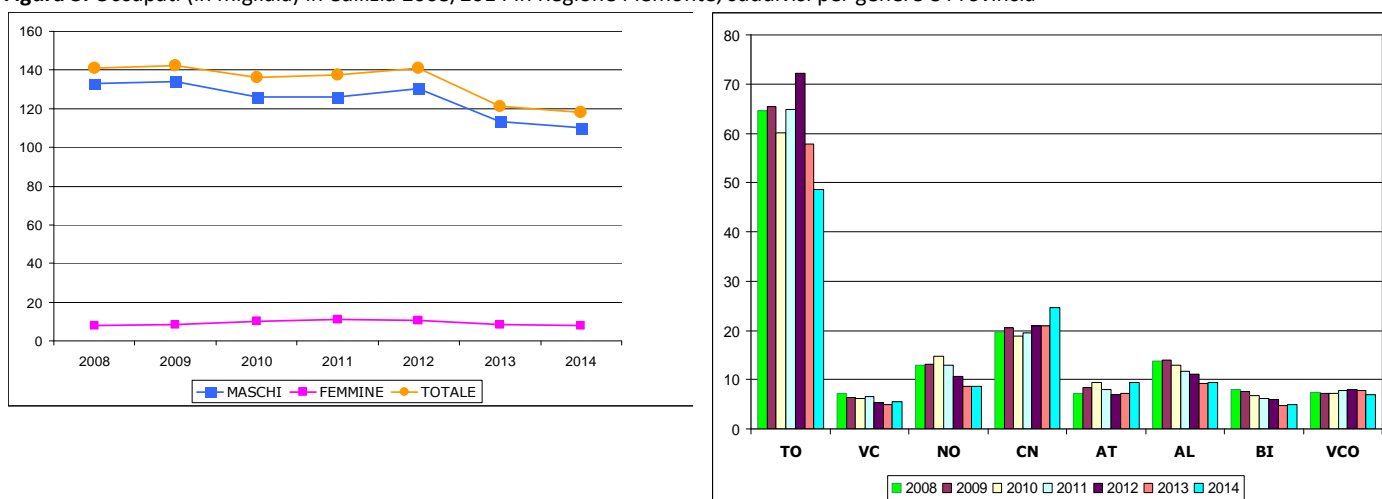
Fonte ISTAT Forze Lavoro, elaborazione ORML Piemonte 2015.

**Figura 2.** Occupati (in migliaia) in agricoltura 2008/2014 in Regione Piemonte, suddivisi per genere e Provincia



Fonte ISTAT, feb2015.

**Figura 3.** Occupati (in migliaia) in edilizia 2008/2014 in Regione Piemonte, suddivisi per genere e Provincia

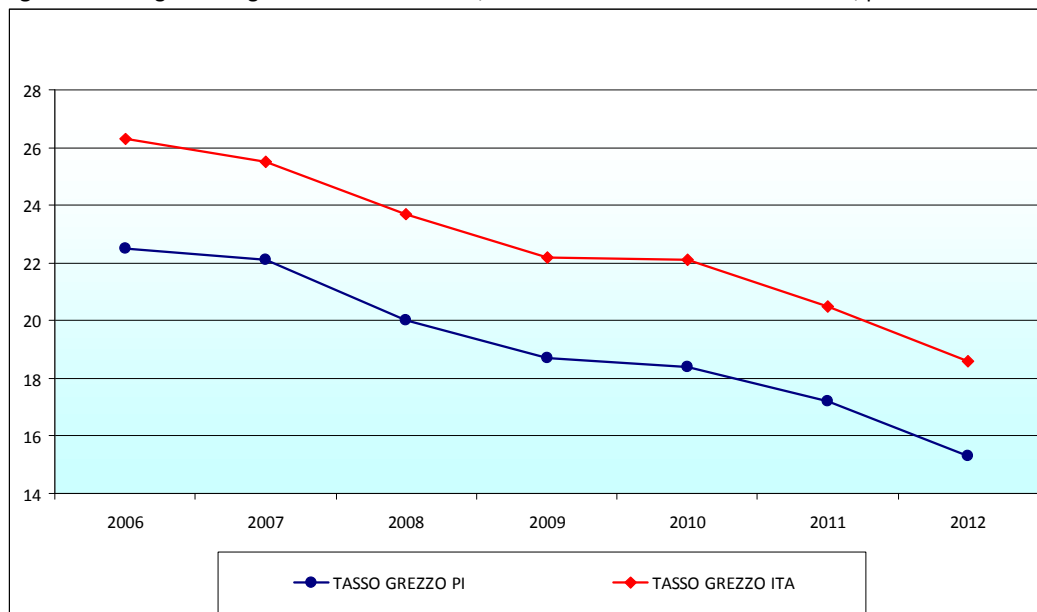


Fonte ISTAT, feb2015.

Gli infortuni sono in continuo calo; i tassi grezzi sono stabilmente al di sotto di quelli nazionali (fig. 4). Si tratta tuttavia di una diminuzione a carico principalmente degli eventi più lievi che potrebbe essere imputabile ad un aumento della sottonotifica. Infatti la quota di infortuni gravi (mortalità o invalidanti o con prognosi superiore a 40 giorni) sul totale è in graduale aumento dal 2006 al 2012 nei quattro comparti maggiormente rappresentati sul territorio regionale (fig 5).

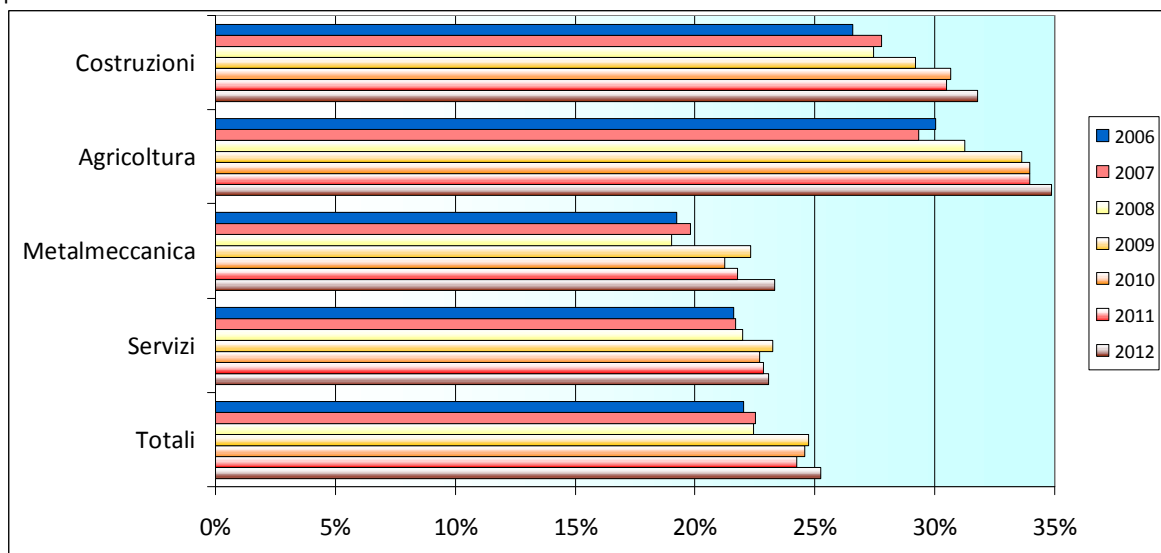
Nel 2012, il più recente anno disponibile nei flussi Inail-Regioni, il tasso di infortuni gravi è del 14% inferiore rispetto al nazionale (3,78 vs 4,41 infortuni per 1000 addetti). In Piemonte anche il tasso di infortuni calcolato nel comparto costruzioni è più basso (-17%) di quello nazionale (6,26 vs 7,62 infortuni per 1000 addetti). In agricoltura nel 2012 la quota di infortuni gravi sul totale è inferiore rispetto a quella italiana.

**Figura 4.** Tasso grezzo degli infortuni riconosciuti, Piemonte - Italia nel settore Industria, periodo 2006-2012



Fonte INAIL, Flussi informativi edizione 2014.

**Figura 5.** Percentuale di infortuni mortali o invalidanti o con prognosi superiore a 40 giorni sul totale in Piemonte nei principali comparti, periodo 2006-2012



Fonte INAIL, Flussi informativi edizione 2014.

L'andamento delle denunce di malattia professionale e del loro riconoscimento in Piemonte, pur dopo un iniziale aumento a partire dal 2007, ha un saldo complessivo in diminuzione: nel 2013 le denuncia sono il 7% in meno rispetto al 2009; i riconoscimenti sono diminuiti del 26%. La situazione è eterogenea nelle diverse province (tab. 1). In particolare nel 2013 nelle province di Cuneo, Novara, Torino e nel Verbano-Cusio-Ossola, vi è un calo rispetto al 2009 sia delle denunce sia dei riconoscimenti.

**Tabella 1.** Numero di malattie professionali denunciate e riconosciute dall'INAIL in Piemonte, periodo 2007-2013

| <b>MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE</b>   |              |              |              |              |              |              |              |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|  | 2007         | 2008         | 2009         | 2010         | 2011         | 2012         | 2013         |
| Torino                                     | 1.258        | 1.252        | 1.170        | 1.039        | 1.100        | 923          | 903          |
| Vercelli                                   | 92           | 73           | 110          | 92           | 91           | 119          | 161          |
| Novara                                     | 109          | 116          | 105          | 98           | 154          | 86           | 67           |
| Cuneo                                      | 246          | 284          | 361          | 387          | 398          | 360          | 342          |
| Asti                                       | 104          | 104          | 103          | 135          | 115          | 169          | 147          |
| Alessandria                                | 159          | 152          | 173          | 194          | 186          | 253          | 245          |
| Biella                                     | 39           | 40           | 51           | 40           | 39           | 31           | 55           |
| Verbano-Cusio-Ossola                       | 52           | 45           | 51           | 61           | 57           | 59           | 46           |
| <b>Piemonte</b>                            | <b>2.059</b> | <b>2.066</b> | <b>2.124</b> | <b>2.046</b> | <b>2.140</b> | <b>2.000</b> | <b>1.966</b> |
| <b>MALATTIE PROFESSIONALI RICONOSCIUTE</b> |              |              |              |              |              |              |              |
|  | 2007         | 2008         | 2009         | 2010         | 2011         | 2012         | 2013         |
| Torino                                     | 449          | 432          | 469          | 417          | 391          | 312          | 292          |
| Vercelli                                   | 42           | 31           | 47           | 42           | 40           | 49           | 59           |
| Novara                                     | 47           | 53           | 49           | 40           | 35           | 21           | 37           |
| Cuneo                                      | 79           | 124          | 201          | 216          | 184          | 159          | 143          |
| Asti                                       | 47           | 57           | 48           | 65           | 47           | 68           | 52           |
| Alessandria                                | 67           | 57           | 77           | 104          | 77           | 83           | 71           |
| Biella                                     | 8            | 14           | 20           | 16           | 18           | 6            | 27           |
| Verbano-Cusio-Ossola                       | 34           | 30           | 28           | 36           | 28           | 14           | 16           |
| <b>Piemonte</b>                            | <b>773</b>   | <b>798</b>   | <b>939</b>   | <b>936</b>   | <b>820</b>   | <b>712</b>   | <b>697</b>   |

Fonte INAIL, *Flussi informativi edizione 2014*.

**Tabella 2.** Notizie di Malattie Professionali giunte ai SPreSAL per ASL e patologia nel 2014

| ASL           | Notizie di MP tutti i comparti compreso edilizia e GO registrate per patologia |           |          |                         |                                    |            |            |            |            |             |              | da ricerca attiva in tutti i comparti registrate |
|---------------|--|-----------|----------|-------------------------|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|--------------|--|
|               | silicosi   | asbestosi | asma     | altre broncopneumopatie | movimentazione manuale dei carichi | UEWMSD     | ipoacusia  | tumori     | dermopatie | altre cause | Totale       |  |
| <b>TO1</b>    | 1  | 11        | 1        | 10                      | 38                                 | 38         | 73         | 122        | 13         | 11          | <b>318</b>   | 0  |
| <b>TO3</b>    | 6  | 6         | 2        | 11                      | 18                                 | 32         | 61         | 81         | 4          | 3           | <b>224</b>   | 0  |
| <b>TO4</b>    | 3  | 5         | 2        | 11                      | 25                                 | 21         | 89         | 135        | 2          | 11          | <b>304</b>   | 4  |
| <b>TO5</b>    | 1  | 4         | 0        | 3                       | 12                                 | 17         | 59         | 27         | 3          | 5           | <b>131</b>   | 0  |
| <b>BI</b>     | 1  | 2         | 0        | 0                       | 9                                  | 7          | 15         | 8          | 1          | 1           | <b>44</b>    | 2  |
| <b>VC</b>     | 1  | 0         | 0        | 1                       | 17                                 | 28         | 35         | 10         | 0          | 7           | <b>99</b>    | 0  |
| <b>NO</b>     | 1  | 0         | 1        | 0                       | 23                                 | 29         | 20         | 19         | 2          | 4           | <b>99</b>    | 0  |
| <b>VCO</b>    | 0  | 8         | 0        | 3                       | 10                                 | 2          | 7          | 17         | 3          | 0           | <b>50</b>    | 8  |
| <b>CN1</b>    | 7  | 4         | 0        | 2                       | 20                                 | 43         | 40         | 24         | 2          | 6           | <b>148</b>   | 0  |
| <b>CN2</b>    | 0  | 0         | 0        | 0                       | 7                                  | 13         | 9          | 8          | 0          | 7           | <b>44</b>    | 0  |
| <b>AT</b>     | 1  | 0         | 0        | 1                       | 16                                 | 33         | 17         | 18         | 3          | 1           | <b>90</b>    | 0  |
| <b>AL</b>     | 0  | 0         | 1        | 1                       | 27                                 | 17         | 19         | 45         | 0          | 6           | <b>116</b>   | 0  |
| <b>TOTALE</b> | <b>22</b>  | <b>40</b> | <b>7</b> | <b>43</b>               | <b>222</b>                         | <b>280</b> | <b>444</b> | <b>514</b> | <b>33</b>  | <b>62</b>   | <b>1.667</b> | <b>14</b>  |

Anche le notizie di malattia professionale giunte ai SPreSAL sono in diminuzione nel corso del tempo (erano 2619 nel 2009; sono 1667 nel 2014).

Nel 2014 il 31% dei casi è costituito da tumori mentre un ulteriore 30% è costituito da malattie muscolo-scheletriche (considerando le malattie legate sia a sovraccarico biomeccanico sia a movimentazione manuale dei carichi).

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva

- Consolidare l'utilizzo dei sistemi informativi già in uso (Flussi Inail-Regioni, Informo, SPRESALWeb, comunicazioni dei medici competenti ex art. 40/81) nell'ambito della programmazione regionale e locale
- Predisporre un sistema di archiviazione informatizzato dei Registri di esposizione ad agenti cancerogeni
- Avviare iniziative atte al miglioramento qualitativo e quantitativo delle segnalazioni di malattia professionale
- Consolidare e implementare i sistemi di registrazione dei tumori professionali
- Svolgere attività di supporto a RLS7RLST
- Fornire indicazioni operative per la formazione in materia di igiene e sicurezza del lavoro
- Promuovere iniziative di formazione e assistenza alle imprese ed ai soggetti della prevenzione
- Promuovere iniziative in materia di stress lavoro-correlato
- Interventi formativi rivolti al mondo della scuola
- Promuovere il coordinamento della attività di vigilanza fra Enti
- Applicazione del piano mirato di sicurezza in edilizia
- Applicazione del piano mirato di sicurezza in agricoltura
- Definizione di linee di indirizzo operativo e check list per l'attività di vigilanza

Destinatari delle azioni sono:

- personale degli SPreSAL;
- operatori dei Servizi del sistema regionale coinvolti nelle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro;
- direzioni regionali coinvolte nelle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro;
- personale degli Enti/Organi di controllo coinvolti nell'attività di prevenzione (DTL, INAIL, INPS, VV.F, ARPA, Polizia Municipale, Questura, Carabinieri, NAS, Procura della Repubblica, ecc);
- lavoratori;
- RLS, RLST, RLS per la sicurezza di sito produttivo;
- datori di lavoro, dirigenti, preposti;
- Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP);
- medici competenti e loro associazioni;
- professionisti e Ordini professionali;
- associazioni datoriali e di categoria;
- organizzazioni sindacali;
- medici di medicina generale, medici delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- soggetti formatori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro;
- insegnanti, studenti e organismi della scuola.

### Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma

L'acquisizione di nuovo personale tecnico, medico e di personale laureato, in particolare ingegneri, da parte degli SPreSAL, svolge un ruolo importante nel favorire lo sviluppo delle attività previste dal Piano.

La possibilità di utilizzare le competenze di psicologi, da parte dei Servizi, può costituire un significativo impulso allo sviluppo dei programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende pubbliche e private.

La proficua collaborazione con INAIL inciderà positivamente sui risultati dei programmi.

L'attivazione di accordi con Università, Politecnico, CNR e Strutture clinico – diagnostiche, può costituire un valido ausilio ai Servizi per le competenze di secondo livello che si renderebbero disponibili.

### Monitoraggio e contrasto disuguaglianze

Numerose ricerche riconoscono il contributo del lavoro nella generazione di disuguaglianze sulla salute. I lavoratori impiegati in professioni a bassa qualifica e soggetti vulnerabili come i precari o gli stranieri, sono più esposti a fattori di rischio fisici, chimici, biologici, ergonomici, infortunistici. Il rischio è maggiore in alcuni settori (edilizia, agricoltura, trasporti, industria estrattiva). Anche i rischi psicosociali riguardano spesso lavoratori di bassa qualifica. In Piemonte la frazione attribuibile alle disuguaglianze sociali (FADS) di rischi fisici, chimici, o ergonomici è sempre più elevata tra gli uomini rispetto alle donne (fonte Indagine ISTAT "forze lavoro"). Per esempio, la FADS di essere esposto a rumore o vibrazioni è del 60% tra gli uomini (28% tra le donne); di essere esposto a rischio di infortuni è del 48% tra gli uomini (23% tra le donne); di essere esposti ad assumere posture

dannose, spostare carichi pesanti, o fare movimenti dannosi per la salute è del 48% tra gli uomini (31% tra le donne). La FADS legata a fattori organizzativi e a stress lavoro correlato è invece più elevata tra le donne. Per esempio, tra le donne la FADS di essere esposto a discriminazione è del 62% (22% tra gli uomini), a minacce sul lavoro è 48% tra le donne (34% tra gli uomini). L'impatto atteso relativo alla cancellazione delle disuguaglianze è più elevato per i rischi chimici, fisici, ergonomici, infortunistici rispetto a quelli psicosociali o legati all'organizzazione del lavoro. Il Piano di prevenzione della Regione Piemonte intende focalizzarsi su alcuni fattori lavorativi responsabili nella generazione di disuguaglianze sulla salute:

- concentrando la vigilanza sui comparti agricoltura ed edilizia e sulle imprese con indici di infortuni gravi più elevati;
- sviluppando alleanze con i medici di medicina generale e ospedalieri per la ricerca attiva di tumori e di patologie da sovraccarico biomeccanico e da movimentazione manuale dei carichi;
- sviluppando azioni di prevenzione per lo stress lavoro-correlato.

Una categoria di lavoratori particolarmente esposto al rischio di infortuni è quella dei lavoratori occupati nelle microimprese (< 10 addetti). La letteratura evidenzia infatti che in tali aziende l'esposizione a rischi chimici e fisici è maggiore rispetto a quelle di grandi dimensioni e anche il rischio di infortuni e malattie è più alto. In genere vi è una scarsa conoscenza dei rischi occupazionali e una percezione distorta rispetto ai problemi di salute e sicurezza dei lavoratori.

A riguardo si intendono promuovere iniziative di formazione e assistenza alle imprese artigiane e microimprese attivando anche specifiche iniziative verso soggetti che possono svolgere la funzione di intermediari quali associazioni di categoria e consulenti.

La differente distribuzione dei fattori di rischio può generare disuguaglianza geografiche anche importanti. L'equità territoriale nell'attivazione delle azioni di prevenzione è un importante strumento attraverso il quale diminuire tale fenomeno. Il Piano di prevenzione della Regione Piemonte comprende un'azione specifica volta a sviluppare linee di indirizzo operativo e checklist per la vigilanza al fine di uniformare le attività dei SPreSAL e ridurre le differenze geografiche legate a diversità di azioni condotte sul territorio.

Tutte le azioni previste dal programma saranno sottomesse entro il 2015 ad un esercizio rapido di *health equity audit* per identificare se ci sono esigenze di miglioramento dell'allocazione degli interventi, che già per loro natura concentrano il loro impegno sui lavoratori manuali e quindi sono orientati alla riduzione delle disuguaglianze.

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| <b>Azione 6.1.1</b><br><b>Consolidare l'utilizzo dei sistemi informativi già in uso (flussi Inail-Regioni, Informo, SPRESALWeb, comunicazioni dei medici competenti ex art. 40/81) nell'ambito della programmazione regionale e locale</b> | <b>Obiettivi dell'azione:</b> inserire l'analisi dei bisogni e la programmazione tra le attività routinarie degli SPreSAL   |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.1:</b> Consolidare e implementare i sistemi informativi ed il loro utilizzo |   |   |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Il sistema informativo nazionale sui rischi e danni nei luoghi di lavoro (Flussi INAIL – Regioni) e il sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali (Informo) sono già consolidati in Piemonte e in grado di fornire indicazioni per la programmazione regionale e locale. Le azioni necessarie per consolidarne l'utilizzo riguardano essenzialmente l'aggiornamento degli operatori e la definizione dei contenuti minimi dei report locali ove, a partire dall'analisi dei bisogni, si delineano le linee di programmazione per l'anno successivo. Saranno sperimentate sul campo le schede di programmazione delle attività proposte dai Flussi e in particolare la scheda 3 (elenchi di aziende con tassi di infortuni gravi superiori alla media). Per quel che riguarda il sistema Informo saranno inoltre condotte attività per il miglioramento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- della qualità delle informazioni segnalate (tempestività, completezza e accuratezza);</li> <li>- della diffusione dei dati, integrati con i dati derivanti da Flussi;</li> <li>- delle azioni di comunicazione con particolare riferimento all'implementazione/diffusione dell'area focus infortuni sul lavoro del sito DoRS.</li> </ul> Inoltre, sulla base delle indicazioni nazionali, prevedere l'eventuale estensione dell'utilizzo del metodo agli infortuni gravi. Deve essere invece consolidato l'utilizzo da parte di tutti i Servizi del sistema SPRESALWeb, finalizzato alla gestione ed alla rendicontazione delle attività degli stessi. Tale applicativo presenta ancora problemi di qualità nell'inserimento dei dati dovuto alla necessità di proseguire con l'attività di perfezionamento delle prestazioni dell'applicativo stesso. È previsto quindi che l'impegno per il miglioramento/aggiornamento dell'applicativo continui negli anni a venire. Le informazioni derivanti dalle comunicazioni effettuate dai Medici Competenti ai sensi dell'art. 40, rivestono un particolare rilievo nella definizione di una mappa dei principali rischi occupazionali, inoltre sono un'importante fotografia dell'attività di sorveglianza sanitaria svolta su tutto il territorio nazionale. Tali dati pur essendo caratterizzati da un'evidente sottotitola e da una scarsa qualità della registrazione (più del 50% mancano della registrazione del codice ATECO previsto dal formato), rimangono comunque un'importante fonte di informazioni da utilizzare nell'ambito dell'attività di programmazione dei SPreSAL. Si ritiene quindi necessario definire, anche in collaborazione con le principali Associazioni dei Medici Competenti, un piano di sensibilizzazione di queste figure e definire il formato del report regionale finalizzato alla realizzazione di un quadro di sintesi utile alla programmazione delle attività ed alla socializzazione dei dati. Il miglioramento delle informazioni si raggiunge anche adottando sistemi di semplificazione a favore di cittadini e imprese che devono trasmettere documentazioni e/o comunicazioni alla PA. In quest'ottica la Regione Piemonte ha realizzato un sistema atto alla ricezione della notifica preliminare cantieri (ex art 99 Dlgs. 81/08) on-line, come indicato nel PNP, adottando una soluzione sinergica con il sistema MUDE (Modello Unico Digitale per l'edilizia) esistente in Regione, allo scopo di creare una base dati centralizzata da mettere a disposizione degli Enti previsti dalla norma. Per testarne la funzionalità è stata avviata una fase di sperimentazione con alcuni Comuni, coinvolgendo la DRL e le DTL, gli SPreSAL, gli Ordini e i Collegi Professionali. Tale sistema dovrà essere esteso a tutto il territorio regionale. Al fine di evitare duplicazioni e dispendio di risorse si valuterà la riattivazione della cabina di regia per la gestione del Sistema informativo Regionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro della Regione Piemonte (SIRP Piemonte) già istituita dalla Direzione Sanità Pubblica nel 2011, con le finalità di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- raccogliere e coordinare i flussi informativi;</li> <li>- rappresentare un punto strategico regionale di supporto ai decisori;</li> <li>- rappresentare un riferimento a supporto del Coordinamento Operativo Regionale della Prevenzione (CORP), del Comitato Regionale di Coordinamento ex art 7 Dlgs 81/2008 e s.m.i;</li> <li>- rappresentare un collegamento con il Coordinamento Tecnico Interregionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro.</li> </ul> |   |   |   |   |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale  |   |   |   |   |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |   |   |   |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   |   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |   |   |
|  |   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b>   |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Report regionale descrittivo dei rischi e danni</b>  |   | <b>Definizione dei contenuti minimi dei report regionali e locali</b> | <b>Report disponibile in almeno il 50% delle ASL</b>  | <b>Report locali disponibili sul sito, della Regione, di Dors e presentato al CRC</b> | <b>Report regionale disponibile sul sito della Regione, di Dors e presentato al CRC</b> |



|   |   |   |   |   |             |
|---|---|---|---|---|-------------|
| Azione 6.1.2<br><b>Predisporre un sistema di archiviazione informatizzato dei Registri di esposizione ad agenti cancerogeni</b> | <b>Obiettivi dell'azione:</b> incrementare il numero dei Registri di esposizione ad agenti cancerogeni trasmessi alle ASL e migliorare la qualità delle informazioni contenute  |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.1:</b> Consolidare e implementare i sistemi informativi ed il loro utilizzo |   |             |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Notevole importanza ai fini dell'individuazione delle priorità di intervento rivestono i sistemi di registrazione delle esposizioni, in particolare i Registri di esposizione ad agenti cancerogeni dei lavoratori, previsti dall'art. 243 del D.lgs. 81/08. Da un'analisi preliminare sui registri di esposizione a cancerogeni pervenuti alle ASL, confrontati con i dati del sistema informativo internazionale Carex, emerge un'importante sottonotifica del numero dei lavoratori esposti a cancerogeni occupazionali. Tale sottonotifica è confermata anche dal confronto dei dati raccolti a livello nazionale all'interno del sistema SIREP da INAIL – Area ricerca – sugli esposti a polvere di legno e il numero di addetti a livello nazionale in settori produttivi che espongono con alta probabilità a questo agente. Una prima analisi condotta in Piemonte, su di un campione ridotto di Registri pervenuti alle ASL, ha evidenziato che le informazioni erano incomplete e quelle presenti di bassa qualità in rapporto a quanto previsto dal DM 12 luglio 2007 n. 155, soprattutto riguardo ai livelli di esposizione dei singoli lavoratori. Ciò premesso appare evidente la necessità di incrementare la trasmissione del numero di Registri dell'esposizione a cancerogeni da parte delle aziende e migliorare la qualità delle informazioni ivi contenute, non solo per rispettare un obbligo normativo, ma soprattutto per far diventare il Registro degli esposti uno strumento concretamente utilizzabile ai fini della programmazione delle attività dei Servizi e documentare l'esposizione a cancerogeni a fini epidemiologici e assicurativi. Per raggiungere tale obiettivo si ritiene necessario predisporre un sistema di registrazione informatizzato che permetta la raccolta e l'elaborazione dei dati a livello locale e regionale, anche la costruzione di una Anagrafe aziende con rischio cancerogeno.<br>Saranno attivate azioni di formazione degli operatori SPreSAL sullo specifico argomento. Parallelamente si avvierà un percorso per la definizione di linee di indirizzo per una corretta valutazione dei rischi e l'individuazione e registrazione dei lavoratori esposti e saranno avviate attività di informazione e formazione nei confronti di aziende, medici competenti, RSPP, RLS, ecc.<br>Per la realizzazione di tale attività sarà necessario reperire le risorse necessarie per la realizzazione del sistema di archiviazione, preferibilmente all'interno di SPRESALWeb. |   |   |   |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale  |   |   |   |             |
|   | <b>Periodo di attuazione</b> 2015-2018  |   |   |   |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |   |   |             |
|   |   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
| Anagrafe aziende con rischio cancerogeno attuale qualificato  | Definizione della struttura del sistema di raccolta dei dati  | Predisposizione del sistema di raccolta dei dati e messa a disposizione delle ASL | Utilizzo del sistema di raccolta dei dati nel 50% delle ASL   | Utilizzo del sistema di raccolta dei dati nel 80% delle ASL |             |

|  |   |  |   |  |             |
|--|---|--|---|--|-------------|
| <b>Azione 6.2.1</b><br><b>Avviare iniziative atte al miglioramento qualitativo e quantitativo delle segnalazioni di malattia professionale</b> | <b>Obiettivi dell'azione:</b> attivare un sistema standardizzato di registrazione e aumentare le notizie delle malattie professionali   |  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.2:</b> Aumentare la segnalazione delle malattie professionali |  |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Gli strumenti a disposizione degli SPreSAL per una conoscenza adeguata delle malattie di origine occupazionale sono ad oggi da ritenersi insufficienti, anche a causa della maggiore complessità del fenomeno tecnopatico rispetto a quello infortunistico. Si intendono quindi approfondire le informazioni attualmente disponibili sul fenomeno anche in raccordo con INAIL.<br>Si ritiene necessario rafforzare da parte dei Servizi l'utilizzo dell'applicativo SPRESALWeb relativamente alla sezione dedicata alla gestione delle attività inerenti le malattie professionali. Si intende altresì avviare in Piemonte il progetto MALPROF, che si pone come obiettivo primario l'attivazione sul territorio nazionale di un sistema di registrazione, secondo criteri e procedure omogenee, delle patologie correlate al lavoro segnalate agli SPreSAL. Tale sistema si inserisce tra quelli di sorveglianza epidemiologica e di ricerca delle malattie professionali, seguendo la logica di favorire l'emersione delle cosiddette malattie professionali "perdute". Consiste nella registrazione di tutte le patologie segnalate come "correlate al lavoro", nella verifica della qualità delle informazioni contenute nelle segnalazioni e nell'assegnazione del nesso di causalità, con l'adozione di una griglia che consente uniformità di comportamento fra i vari operatori dei Servizi. I criteri di attribuzione del nesso di causa tra esposizione professionale e malattia sono meno restrittivi rispetto a quelli seguiti dall'INAIL e dall'Autorità Giudiziaria. La registrazione delle informazioni utili a MALPROF avverrà tramite l'applicativo regionale SPRESALWeb.<br>Saranno avviate attività di informazione e formazione dei Medici Ospedalieri/Medici di medicina generale/Medici Competenti sugli obblighi di segnalazione e sui criteri di attribuzione, anche sulla base delle diverse criticità che emergono a livello territoriale rispetto all'invio delle notizie di malattia professionale ai Servizi.<br>Tale attività è in relazione anche alla funzione di valutazione dei ricorsi avverso il giudizio del medico competente ex art. 41 D.lgs. 81/08 effettuata dal personale medico degli SPreSAL.<br>Si valuterà la fattibilità di predisporre protocolli relativi all'appropriatezza diagnostica e all'attribuzione del nesso causale per le patologie principali (con particolare riferimento alle malattie muscolo scheletriche). |  |   |  |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale  |  |   |  |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |  |   |  |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   |  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |  |             |
|  |   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>   | <b>2017</b>  | <b>2018</b> |
|  | N. di operatori sanitari formati all'utilizzo del sistema MALPROF /numero di operatori da formare   | Almeno 1 per ASL   |   |  | 80%         |
| N.di interventi informativo/formativi rivolti ai MO-MMG-MC   |   | Realizzazione sul territorio regionale di almeno un intervento | Realizzazione sul territorio regionale di almeno un intervento  |  |             |
| N.di segnalazioni di patologie correlate al lavoro pervenute agli SPreSAL  |   |  |   | Aumento del 5% rispetto al 2014 in relazione all'andamento del fenomeno tecnopatico sul territorio |             |

|   |  |   |   |  |             |
|---|--|---|---|--|-------------|
| Azione 6.2.2<br><b>Consolidare e implementare i sistemi di registrazione dei tumori professionali</b> | <b>Obiettivi dell'azione:</b> coordinare i sistemi di registrazione di tumori ad alta frazione eziologica e attivare un sistema orientato all'emersione dei tumori a media/bassa frazione eziologica   |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.2:</b> Aumentare le segnalazioni delle malattie professionali |  |             |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Nell'ambito delle malattie di origine occupazionale particolare attenzione deve essere data ai tumori in relazione alla gravità ed alla diffusione del fenomeno, ad oggi principale causa di morte derivante da rischi lavorativi. Attualmente in Piemonte sono attivi due sistemi di registrazione per tumori ad alta frazione eziologica, uno riguardante i mesoteliomi pleurici, l'altro riguardante i tumori del naso. È necessario coordinare maggiormente le attività svolte dai due centri e in particolare definire le modalità di restituzione dei dati raccolti ai servizi e agli stakeholder e definire il formato report periodico regionale.<br>Si valuterà la fattibilità dell'istituzione del COR inerente il sistema di segnalazione dei casi di tumori a bassa/media frazione eziologica in relazione anche ai sistemi di registrazione di tumori ad alta frazione eziologica. A riguardo saranno messi a punto semplici strumenti di screening per valutare l'esposizione e individuare casi di sospetta origine occupazionale, con particolare riferimento ai tumori del polmone, della vescica della cute e ai linfomi utilizzabili dai MO/MMG/MC. |   |   |  |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale   |   |   |  |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |   |  |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |   |  |             |
|   |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>   | <b>2017</b>  | <b>2018</b> |
| Report regionale descrittivo dei tumori ad alta frazione eziologica rilevati dai COR                  |  |   | Definizione dei contenuti minimi  | Report disponibile sul sito della Regione, Dors, presentato e discusso con il CRC                  |             |
| N. di segnalazioni di tumori professionali pervenute agli SPreSAL                                     |  |   |   | Aumento del 5% rispetto al 2014 in relazione all'andamento del fenomeno tecnopatico sul territorio |             |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Azione 6.3.1<br><b>Svolgere attività di supporto a RLS/RLST</b>       | <b>Obiettivi dell'azione:</b> Incrementare la consapevolezza del ruolo e le conoscenze degli RLS e RLST   |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.3:</b> Sostenere le funzioni degli RLS e RLST |   |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Il ruolo degli RLS, degli RLST e degli RLS per la sicurezza di sito produttivo, è fondamentale all'interno del sistema di prevenzione aziendale per la riduzione/eliminazione dei rischi presenti negli ambienti di lavoro. Attraverso lo svolgimento delle funzioni che la normativa specificatamente assegna loro, quale espressione delle esigenze e problemi dei lavoratori, possono concretamente contribuire alla programmazione degli interventi di prevenzione, alla verifica della loro efficacia e alla messa in atto di provvedimenti di tutela della salute dei lavoratori.<br>La Regione intende proseguire nell'attività di sostegno a queste figure, attraverso:   |   |   |   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- informazione e assistenza a livello di ASL, attraverso gli sportelli informativi ed incontri a seguito di specifiche richieste o tematiche di interesse generale;</li> <li>- organizzazione di corsi/seminari di formazione e aggiornamento a livello locale;</li> <li>- coinvolgimento degli RLS nel corso dell'attività di vigilanza svolta dai Servizi, per consentire loro di formulare osservazioni di merito circa le condizioni di sicurezza aziendali;</li> <li>- mantenimento di strumenti di comunicazione già in essere a livello regionale: casella di posta elettronica Info.sicuri, sito internet dedicato;</li> <li>- impegno per tutelare i lavoratori delle microimprese, dove sono assenti o poco presenti gli RLS e maggiori sono i rischi. Le microimprese rivestono un ruolo rilevantissimo della struttura produttiva piemontese, in quanto il 95% delle imprese sono costituite da aziende con meno di 10 addetti e da lavoratori autonomi;</li> <li>- attivazione di politica di maggior sostegno alle parti sociali ed in particolare agli Organismi Paritetici, con la promozione di azioni di diffusione della cultura della sicurezza</li> <li>- collaborazione nel promuovere l'istituzione degli Organismi Paritetici nei settori in cui non siano presenti, per sensibilizzare gli operatori alla cultura della sicurezza sul lavoro;</li> <li>- rafforzamento degli RLST istituiti dagli accordi nei diversi settori (artigianato, commercio, agricoltura, edilizia, ecc.).</li> </ul> |   |   |   |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale  |   |   |   |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |   |   |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |   |   |   |
|   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b>   |
| N. di iniziative di informazione/assistenza                           |   | Realizzazione sul territorio regionale di almeno 2 iniziative | Realizzazione sul territorio regionale di almeno 2 iniziative                         |   |
| Report regionale relativo alle attività svolte a supporto di RLS/RLST |   |   |   | Report disponibile sul sito della Regione, Dors, presentato e discusso con il CRC |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| Azione 6.4.1<br><b>Fornire indicazioni operative per la formazione in materia di igiene e sicurezza del lavoro</b>                            | <b>Obiettivi dell'azione:</b> fornire indicazioni utili alla progettazione, alla realizzazione, alla fruizione e al controllo dei corsi di formazione previsti dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro   |  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.4:</b> Sostenere i soggetti della Prevenzione, diffondere e promuovere l'utilizzo di strumenti di supporto alle imprese |  |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>La formazione, se ben progettata e realizzata, è uno strumento di notevole efficacia per accrescere conoscenze e competenze di tutte le figure a vario titolo coinvolte nella gestione dei processi che creano sicurezza. Negli ultimi anni il legislatore ha voluto dare un segnale inequivocabile in tal senso, estendendo notevolmente l'obbligo formativo ed entrando nel dettaglio della definizione dei percorsi formativi stessi.<br>In questo ambito Regione Piemonte:   |  |   |  |
|   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. proseguirà nel lavoro di perfezionamento ed implementazione delle <i>Indicazioni operative per la formazione alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro</i>, approvate con deliberazione di Giunta regionale nel giugno 2013 e arrivate oggi alla seconda edizione, ove sono riportate tutte le indicazioni utili alla progettazione, alla realizzazione, alla fruizione e al controllo dei corsi di formazione previsti dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro;</li> <li>2. proseguirà con l'aggiornamento e la pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi, mediante il lavoro della commissione regionale per la verifica dei requisiti dei soggetti formatori, costituito in seno al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.lgs. 81/08 e rappresentativo delle forze sociali, degli enti e degli organi di vigilanza;</li> <li>3. definirà e diffonderà presso gli SPreSAL apposite procedure per l'accertamento degli adempimenti relativi alla formazione alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, con il duplice fine di individuare le azioni di vigilanza maggiormente efficaci e di rendere il più possibile omogenea sul territorio regionale questa attività di controllo;</li> <li>4. valuterà la fattibilità dell'istituzione del "libretto formativo del cittadino" previsto dal D.lgs. 276/2003.</li> </ol> |  |   |  |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale   |  |   |  |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |  |   |  |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |  |   |  |
|   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>  | <b>2017</b>   | <b>2018</b>  |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Aggiornamento e pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi</b> | <b>Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti</b>   | <b>Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti</b>     | <b>Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti</b>  | <b>Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti</b> |
| Documento contenente le procedure per l'accertamento degli adempimenti relativi alla formazione   | Stesura bozza di documento e condivisione con SPreSAL e Procure  | Approvazione formale del documento e diffusione agli SPreSAL |   |  |

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <b>Azione 6.4.2</b><br><b>Promuovere iniziative di formazione e assistenza alle imprese ed ai soggetti della prevenzione</b> | <b>Obiettivi dell'azione:</b> incrementare la conoscenza e diffondere le buone prassi  |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.4:</b> Sostenere i soggetti della Prevenzione, diffondere e promuovere l'utilizzo di strumenti di supporto alle imprese |  |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Verranno realizzate iniziative sistematiche di informazione e formazione, sia di carattere generale che per target. Gli interventi messi in campo privilegeranno i comparti a maggior rischio infortunistico sui quali sono previsti piani mirati di intervento (edilizia e agricoltura), nonché le imprese artigiane e microimprese.<br>Particolare attenzione, inoltre, verrà posta alla promozione di iniziative di formazione e assistenza, a sostegno dei piani di prevenzione delle malattie professionali definiti a livello nazionale quali prioritarie: patologie neoplastiche, muscolo scheletriche degli arti superiori e da stress lavoro-correlato.<br>Le principali linee di intervento riguarderanno: <ul style="list-style-type: none"> <li>- predisposizione, anche in collaborazione con le parti sociali, di strumenti di supporto alle imprese quali buone prassi, linee di indirizzo operativo, materiale informativo e divulgativo, volti anche alle microimprese e ai lavoratori autonomi;</li> <li>- valorizzazione e diffusione delle positive esperienze sui versanti dell'informazione, della formazione e, più in generale, della crescita culturale sui temi della salute e sicurezza sul lavoro, svolte dagli Organismi paritetici espressi dai sistemi associativi più importanti e rappresentativi sul territorio;</li> <li>- alimentazione e diffusione delle "storie di infortunio" corredate di indicazioni per la prevenzione condivise dagli operatori SPreSAL, integrandosi con le parti sociali di volta in volta interessate;</li> <li>- mantenimento di strumenti di comunicazione già in essere a livello regionale: casella di posta elettronica Info.sicuri, sito internet dedicato;</li> <li>- diffusione delle informazioni derivanti dai sistemi informativi e di sorveglianza (ad es: implementare il sito regionale con le informazioni divulgabili presenti nei flussi);</li> <li>- mantenimento delle attività di informazione e assistenza a livello di ASL, attraverso gli sportelli informativi ed incontri in particolare con le Associazioni datoriali, di categoria e gli Ordini professionali;</li> <li>- sensibilizzare gli operatori sanitari che possono contribuire all'emersione del fenomeno tecnopatologico quali Medici Competenti, Medici di Medicina Generale e Medici Ospedalieri, valutando anche la fattibilità di predisporre protocolli relativi all'appropriatezza diagnostica e all'attribuzione del nesso causale per le patologie principali (con particolare riferimento alle malattie muscolo scheletriche).</li> </ul> |   |   |  |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale e locale  |   |   |  |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |   |  |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |   |  |
|  | <b>2015</b>  | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b>  |
| Report regionale sulle attività di promozione svolte   | Report contenente i risultati del confronto nell'ambito del CRC sulle priorità per la promozione di buone prassi/buone pratiche  | Report contenente i risultati del censimento delle buone prassi/buone pratiche sulla base delle priorità indicate dal CRC | Report contenente i risultati delle attività di diffusione delle buone prassi/buone pratiche individuate  | Report contenente i risultati delle attività di diffusione delle buone prassi/buone pratiche individuate |

|  |   |   |             |             |
|--|---|---|-------------|-------------|
| <b>Azione 6.5.1</b><br><b>Promuovere iniziative in materia di stress lavoro-correlato</b>  | <b>Obiettivi dell'azione:</b> migliorare il benessere organizzativo nelle aziende pubbliche e private | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.5:</b> Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo |             |             |
| <b>Descrizione dell'azione</b><br><p>Sarà riavviata l'attività del gruppo di lavoro regionale istituito nel 2014, con D.D. Direzione Sanità n. 378 del 23/4/2014, per lo <i>Sviluppo e tutela del benessere e della salute organizzativa nelle Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Piemonte</i>. Tale gruppo, le cui linee operative si basano sull'esperienza del Laboratorio nazionale FIASO, di cui l'Azienda sanitaria regionale CN2 svolge ruolo di capofila, ha il compito di coordinare le attività in materia svolte dalle Aziende sanitarie piemontesi, fornendo indicazioni operative e supporto tecnico-scientifico, e di monitorare l'andamento delle iniziative e il miglioramento delle condizioni di benessere nei luoghi di lavoro della sanità piemontese.</p> <p>Sarà predisposto un documento di Linee di indirizzo operativo in materia di stress lavoro-correlato e benessere organizzativo nelle aziende, da parte di un gruppo di lavoro regionale costituito da esperti, al fine di fornire a tutti i soggetti della prevenzione uno strumento comune per affrontare questa problematica adeguatamente e conseguire effettivi risultati. Nel documento si affronteranno infatti gli aspetti inerenti la valutazione del rischio ma anche quelli relativi alle varie strategie e misure da mettere in campo per realizzare condizioni di benessere organizzativo e raggiungere quindi gli effetti positivi che ne derivano per i lavoratori e per l'azienda.</p> <p>Le Linee di indirizzo saranno presentate anche alle parti sociali, al fine di condividere strumenti e metodi comuni per il raggiungimento dell'obiettivo. Promozione di iniziative formative e di aggiornamento sulla tematica volte al personale dei Servizi SPreSAL, al fine di omogeneizzare le attività che svolgono sulla materia, sia di vigilanza che di informazione ed assistenza, in raccordo con MO1 Guadagnare salute in Piemonte – Promozione di stili di vita salutarì.</p> <p>L'attività di vigilanza dei Servizi, volta non solo alla verifica del rispetto della normativa ma anche a migliorare il benessere organizzativo nelle aziende, pubbliche e private, a partire dal 2016 sarà svolta sulla base delle indicazioni contenute nel documento di Linee di indirizzo operativo citato. Le strutture SPreSAL attiveranno piani mirati di controllo sul territorio, a partire dai settori a più alto rischio che emergeranno dalla letteratura in materia e dalla conoscenza della realtà territoriale, in collaborazione anche con la DTL, stante la competenza di questo ente riguardo l'orario e i turni di lavoro, che possono incidere in modo rilevante nella perdita del benessere lavorativo.</p> <p>Saranno promosse iniziative di iniziative formative e di aggiornamento sulla tematica volte agli stakeholder, in raccordo con i programmi "Guadagnare salute Piemonte".</p> <p>La Regione monitorerà le azioni messe in campo.</p> |   |   |             |             |
| <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale   |   |   |             |             |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |   |             |             |
| <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |   |             |             |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo</b>   | <b>2015</b><br><b>Predisposizione di bozza di documento</b>   | <b>2016</b><br><b>Approvazione e diffusione del documento</b>   | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| N. di ASL che effettuano attività di informazione-vigilanza sulla tematica/totale delle ASL  |   |   | 30%         | 50%         |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <b>Azione 6.6.1</b><br><b>Interventi formativi rivolti al mondo della scuola</b>  | <b>Obiettivi dell'azione:</b> supportare le scuole nella gestione e sicurezza del lavoro |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.6:</b> Consolidare i percorsi formativi nell'ambito della rete delle scuole che promuovono la sicurezza |  |
| <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>La scuola costituisce un ambiente privilegiato ove promuovere la cultura della sicurezza nei confronti dei lavoratori di domani. Le iniziative della Regione saranno rivolte sia agli insegnanti, con l'obiettivo di fornire loro gli strumenti per esercitare in prima persona il ruolo di formatori per la sicurezza, sia agli studenti.</p> <p>Verranno quindi sviluppati percorsi formativi rivolti agli insegnanti con un ruolo nei Servizi di prevenzione e protezione in qualità di RSPP o ASPP, selezionati prioritariamente tra quelli delle scuole aderenti alle Reti per la promozione della sicurezza. Tale azione sarà realizzata in partenariato tra Regione Piemonte, servizi SPreSAL delle ASL, INAIL e Ufficio Scolastico Regionale.</p> <p>La finalità del corso è quella di realizzare la formazione generale dei lavoratori, valorizzando modelli di apprendimento di conoscenze e di acquisizione di competenze e abilità e integrando la sicurezza del lavoro nei curricula delle scuole di ogni ordine e grado.</p> <p>Al termine del corso, i destinatari devono essere in grado di utilizzare i pacchetti formativi, predisposti dal Gruppo di progetto, per realizzare le attività formative nella propria scuola.</p> <p>Il progetto si articolerà in 4 fasi operative:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Progettazione del corso e selezione del gruppo di insegnanti da formare.</li> </ol> <p>Il gruppo di insegnanti da inserire nel percorso sarà individuato prioritariamente tra i responsabili e gli addetti alla sicurezza (R-ASPP) interni delle scuole aderenti alle Reti per la promozione della sicurezza e secondo criteri di rappresentatività territoriale;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Realizzazione del percorso formativo che sarà sperimentato in tre diversi seminari calibrati ai tre diversi gradi scolastici:<br/>       Seminario 1- Percorso di Formazione formatori rivolto agli insegnanti della Scuola primaria<br/>       Seminario 2- Percorso di Formazione formatori rivolto agli insegnanti della Scuola secondaria di I grado<br/>       Seminario 3 - Percorso di Formazione formatori rivolto agli insegnanti della Scuola secondaria di II grado</li> <li>3. Realizzazione di nuovi percorsi di formazione dei formatori (una edizione per ogni segmento formativo). Progettazione ed elaborazione di specifici moduli di aggiornamento dei formatori.</li> <li>4. Monitoraggio e valutazione dell'azione formativa. Realizzazione di specifici moduli di aggiornamento dei formatori (almeno quattro).</li> </ol> <p>Relativamente agli studenti verranno consolidate le positive esperienze di formazione diretta degli allievi delle scuole promosse dai servizi SPreSAL. Gli interventi privilegeranno gli istituti ad indirizzo professionale e tecnico. Coerentemente con i progetti mirati sui settori a maggior rischio infortunistico (edilizia ed agricoltura), verrà data priorità agli istituti agrari e per geometri. Le iniziative realizzate verranno rendicontate alla fine di ogni anno di attività al Settore regionale competente, sulla base delle indicazioni che saranno individuate.</p> |  |   |   |  |
| <b>Livello cui si colloca:</b> regionale e locale   |  |   |   |  |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |  |   |   |  |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |   |   |  |
|   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b>  |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>N. di percorsi formativi diretti a insegnanti delle scuole</b>  | <b>Costituzione del Gruppo di lavoro e progettazione del percorso formativo</b>          | <b>Realizzazione di almeno tre seminari calibrati ai tre diversi gradi scolastici</b> | <b>Realizzazione di un nuovo corso di formazione per insegnanti per ogni segmento formativo</b>   | <b>Realizzazione di almeno 4 moduli di aggiornamento</b> |



|   |   |   |   |                  |
|---|---|---|---|------------------|
| Azione 6.7.1<br><b>Promuovere il coordinamento della attività di vigilanza fra Enti</b> | <b>Obiettivi dell'azione:</b> coordinare l'attività di vigilanza per una maggiore efficacia degli interventi  |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.7:</b> Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza fra Enti, anche attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione |                  |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Si riprenderà e si consoliderà l'attività del CRC, con l'obiettivo di rafforzare la capacità del Comitato di definire le priorità di intervento per il territorio regionale e di verificare i risultati ottenuti in termini di prevenzione, anche con l'istituzione di gruppi di lavoro su materie specifiche.<br>Si rilancerà l'attività dell'Ufficio Operativo Regionale (UO), e degli Organismi Provinciali di Vigilanza (OPV), ove questi non sono ancora pienamente operanti, sulla base delle esperienze positive già condotte in alcune province. Gli enti che compongono gli Uffici operativi sono le ASL, con le strutture SPreSAL, le Direzioni Regionali e Territoriali del Lavoro, INPS, INAIL (con la componente ex – ISPEL), la Direzione Regionale e i Comandi Provinciali dei Vigili del Fuoco.<br>A livello provinciale, ciascun OPV programmerà l'attività di vigilanza sulla base delle specificità territoriali. I controlli potranno essere effettuati anche in ambiti lavorativi diversi da quelli sopra indicati, individuati di volta in volta da parte dei componenti l'OPV, sulla base di criteri diversi (specificità territoriali dei settori lavorativi, elevata criticità e complessità delle problematiche di sicurezza, regolarità contributiva e rapporti di lavoro che si possono riscontrare nelle aziende, esposti/segnalazioni significativi, richieste dell'Autorità Giudiziaria, ecc.). A seguito dei risultati che si otterranno, delle informazioni che emergeranno da una più approfondita conoscenza del territorio, delle indicazioni del CRC e del livello nazionale, si procederà a rivalutare e ridefinire gli ambiti prioritari di intervento.<br>Verranno seguite altre linee di attività coordinate fra gli enti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- utilizzo e condivisione dei sistemi informativi in uso presso gli enti componenti gli Uffici/Organismi operativi, principalmente quelli di INAIL, INPS e Vigili del Fuoco, al fine di individuare le aziende più critiche in cui eseguire gli interventi di vigilanza e valutare il risultato degli interventi. Al riguardo si evidenzia che nelle aziende dove non sono rispettati i diritti fondamentali dei lavoratori, la legalità nei rapporti di lavoro e negli appalti, non è possibile pensare che sia rispettata la sicurezza;</li> <li>- rafforzamento dello scambio di informazioni tra Enti, nell'ambito dell'attività coordinata, per raggiungere una maggior efficacia degli interventi, evitare sovrapposizioni e ottimizzare l'utilizzo delle risorse;</li> <li>- aggiornamento formativo del personale degli enti coinvolti, sulle funzioni e le normative di riferimento dei singoli enti e argomenti di attualità strettamente correlati alle priorità di intervento congiunto.</li> </ul> Sarà rafforzata l'attività di vigilanza coordinata e congiunta con altri enti e organi di controllo (ARPA, Polizia Municipale, Questura, Carabinieri, NAS, Procura della Repubblica).<br>La Regione monitorerà l'attività di coordinamento svolta ai vari livelli. |   |   |                  |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale  |   |   |                  |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |   |                  |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |   |                  |
|   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>                               | <b>2017</b>   | <b>2018</b>      |
| N. di ASL che effettuano attività di vigilanza coordinata-congiunta/ totale delle ASL   |   |   | 40%   | 50%              |
| Report regionale di attività degli OPV  | Report regionale  | Report regionale                          | Report regionale  | Report regionale |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| Azione 6.7.2<br><b>Applicazione del piano mirato di sicurezza in edilizia</b>   | <b>Obiettivi dell'azione:</b> promuovere piani mirati di prevenzione   |  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.7:</b> Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza fra Enti, anche attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione |  |
| <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>L'analisi dei dati infortunistici più recenti relativi al comparto delle costruzioni in Piemonte, evidenzia una situazione meno critica rispetto alle altre realtà nazionali, con frequenza e gravità inferiori rispetto alla media nazionale e trend di frequenza in diminuzione costante nel corso del tempo. Tale comparto, tuttavia, rappresenta anche oggi una priorità per il sistema pubblico di prevenzione nella nostra Regione, in quanto: il comparto delle costruzioni in Piemonte è al quarto posto in ordine di priorità per dimensione del tasso infortunistico; è in aumento la proporzione di eventi gravi sul totale degli infortuni accaduti; il settore edile resta ai primi posti delle attività economiche più rappresentate sul territorio, nonostante il calo occupazionale.</p> <p>La Regione ha pertanto approvato con DD n. 610 del 1/7/2014 il Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia per gli anni 2014-2015, con l'obiettivo prioritario di ridurre gli infortuni mortali e gravi in edilizia, le malattie professionali e più in generale migliorare delle condizioni di salute e sicurezza del lavoro in edilizia.</p> <p>Le attività previste dal Piano citato, che ciascuna ASL porterà avanti nel triennio futuro, afferiscono a quattro aree di intervento: vigilanza, sistema informativo, informazione e assistenza, Grandi opere.</p> <p>L'attività di vigilanza in particolare dovrà riguardare sia gli aspetti di sicurezza che di salute, garantire la copertura del territorio, fornire controlli omogenei e mirati a ridurre i rischi più rilevanti, con soluzioni di prevenzione condivise, coordinate anche con gli altri enti. I rischi prioritari sulla base dei quali si opererà sono quelli individuati a seguito delle analisi effettuate nell'ambito del Progetto nazionale INFORMO: caduta dall'alto – compreso lo sprofondamento – caduta di materiali dall'alto, elettrocuzione, seppellimento, ribaltamento e investimento da macchine operatrici.</p> <p>Una priorità importante per i Servizi sarà anche la vigilanza e il controllo in materia di amianto, nei casi di lavori di rimozione/bonifica, ma anche in caso di esposizione per altri fattori (ambienti di lavoro con presenza di manufatti contenenti amianto, quali pannelli, tubazioni, controsoffitti, rivestimenti, caldaia, ecc.). Nel caso di lavori di rimozione/bonifica, i Servizi esercitano anche una importante funzione preventiva, sia dei lavoratori che della popolazione e l'ambiente in generale, attraverso la valutazione dei piani di lavoro ex art. 256 D.lgs. 81/08 predisposti ed inviati dalle imprese autorizzate che eseguiranno i lavori e delle notifiche ex art. 250 D.lgs. 81/08 che ricevono.</p> <p>Il numero di cantieri da ispezionare annualmente sul territorio regionale sarà deciso dalla Regione, sulla base delle indicazioni nazionali e della programmazione regionale. Come indicato anche nel Piano nazionale della prevenzione 2014 - 2018, a partire dal 2015, si procederà ad una rimodulazione dell'entità dell'attività di vigilanza, stante la crisi del comparto e la tendenza alla sovra-notifica preliminare ex art 99 del D.lgs. 81/08, per notifiche non dovute ma trasmesse agli Organi di vigilanza.</p> <p>Riguardo l'attività coordinata e congiunta con gli altri Enti, in particolare DTL, VV.F., INPS, INAIL, le linee di intervento che si intendono seguire per la vigilanza sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• effettuazione di un numero di interventi di vigilanza congiunta pari almeno al 10% del numero dei cantieri da controllare assegnati dalla programmazione regionale alle ASL;</li> <li>• scelta dei cantieri da vigilare congiuntamente, prioritariamente sulla base delle notifiche preliminari pervenute alle strutture SPReSAL, valutate con DTL e INPS sulla base delle informazioni presenti negli archivi informatici di questo ente, che consentono di individuare i cantieri in cui operano le aziende più critiche relativamente all'irregolarità contributiva ed in cui si presume, quindi, che sussistano anche irregolarità in materia di igiene e sicurezza del lavoro;</li> <li>• programmi mirati di controllo nelle attività fieristiche e di montaggio/smontaggio palchi;</li> <li>• vigilanza congiunta ai VV.F nei cantieri in cui sono presenti attività comprese in categoria C dell'elenco delle attività soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi di cui al DPR n. 151/2011.</li> </ul> |  |  |   |  |
| <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale  |  |  |   |  |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015 - 2018   |  |  |   |  |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |  |   |  |
|   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>  | <b>2017</b>   | <b>2018</b>  |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Report regionale sull'applicazione del Piano Regionale Edilizia</b>   | <b>Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta</b> | <b>Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta</b> | <b>Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta</b>                                      | <b>Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta</b> |

|  |  |   |                               |                                |
|--|--|---|-------------------------------|--------------------------------|
| Azione 6.7.3<br><b>Applicazione del piano mirato di sicurezza in agricoltura</b>   | <b>Obiettivi dell'azione:</b> promuovere piani mirati di prevenzione | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.7:</b> Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza anche fra Enti, attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione |                               |                                |
| <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>In agricoltura la particolarità e diversificazione delle lavorazioni, molte delle quali si svolgono in pieno campo ma anche in zone caratterizzate da pendii collinari e soprattutto l'impiego di macchine agricole, su terreni pianeggianti ma anche su versanti scoscesi o irregolari, concorrono a determinare con frequenza significativa infortuni gravi e mortali, pur in un quadro tendenziale di riduzione dei valori assoluti. Ai rischi meccanici si associano anche rischi fisici, biologici, chimici e da sovraccarico biomeccanico, che determinano la necessità di un impegno sempre crescente del sistema pubblico della prevenzione anche in termini di riduzione di patologie lavoro correlate.</p> <p>L'obiettivo della vigilanza dei prossimi anni rimane quello di mantenere a regime i controlli effettuati negli anni precedenti quindi circa 600 aziende da controllare: aziende agricole, contoterzisti, aziende di commercio e riparazione di macchine agricole) che rappresentano complessivamente l'1,2% delle aziende sopra 50 giornate annue di lavoro, risultanti al censimento 2010. Si prevede una ripartizione dei controlli del 70% nelle imprese tra 50 e 500 giornate, del 30% nelle imprese superiori a &gt;500 giornate; il 5% del totale dei controlli dovrà essere destinato comunque alla verifica del commercio delle macchine.</p> <p>Riguardo l'attività coordinata e congiunta con gli altri Enti, in particolare DTL, VV.F., INPS, INAIL, le linee di intervento che si intendono seguire per la vigilanza sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuazione di un numero di interventi di vigilanza congiunta pari almeno al 5% del numero delle aziende da controllare assegnato dalla programmazione regionale alle ASL;</li> <li>- attività di controllo mirata prioritariamente a macchine e attrezzature agricole, allevamenti (in particolare bovini, suini), impiego dei prodotti fitosanitari (vedi anche Oc 8.2, azione 3), ambienti confinati e lavoro stagionale;</li> <li>- utilizzo dei dati aggiornati dell'anagrafe agricola regionale relativi alla superficie agricola utilizzata, alle colture e ai capi allevati, delle Unità Lavorative Annue (ULA), incrociati con i dati della DTL e INPS relativi alle imprese che potenzialmente risultano utilizzatrici di manodopera irregolare, per l'individuazione delle aziende agricole da sottoporre a controllo congiunto;</li> <li>- attivazione di modalità di collaborazione organica con le Strutture SISP e SIAN e i Dipartimenti ARPA per l'esecuzione dei controlli su commercio e impiego dei prodotti fitosanitari, e di raccordo con i Servizi Veterinari per l'attività di controllo dei rischi negli allevamenti.</li> </ul> <p>Oltre alla consolidata attività di controllo e verifica sui requisiti di sicurezza delle macchine agricole, verrà sviluppata una campagna di controllo sulle macchine nuove e usate immesse in commercio, al fine di portare a regime il controllo del mercato delle macchine usate e ottenere l'adeguamento dei requisiti di sicurezza, sulla base anche delle indicazioni degli istituti centrali.</p> <p>Si prevede infine, alla luce della formale presa di posizione del Ministero del Lavoro in merito alla sanzionabilità su strada delle macchine agricole non in regola, di definire e implementare a livello regionale esperienze di collaborazione con Polizia Stradale e Polizia Municipale/Provinciale per il controllo delle macchine agricole circolanti su strada.</p> |  |   |                               |                                |
| <b>Livello cui si colloca:</b> regionale e locale  |  |   |                               |                                |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015 - 2018  |  |   |                               |                                |
| <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                            |   |                               |                                |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>N. di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura/ totale delle ASL</b>   | <b>2015</b><br><br><b>80%</b>  | <b>2016</b><br><br><b>80%</b>   | <b>2017</b><br><br><b>80%</b> | <b>2018</b><br><br><b>100%</b> |
| N. di ASL che effettuano attività di vigilanza congiunta in agricoltura/totale delle ASL   | 20%  | 30%   | 40%                           | 50%                            |

|   |   |  |             |             |
|---|---|--|-------------|-------------|
| <b>Azione 6.8.1</b><br><b>Definizione di linee di indirizzo operativo e check list per l'attività di vigilanza</b>  | <b>Obiettivi dell'azione:</b> predisporre linee di indirizzo operativo e adottare strumenti comuni nell'attività di vigilanza | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 6.8:</b> Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza |             |             |
| <b>Descrizione dell'azione</b><br><p>Gli SPreSAL effettuano una importante funzione di controllo e vigilanza sulle aziende Pubbliche e private di tutti i comparti, compresa l'edilizia e l'agricoltura. Tale attività viene esercitata anche nei confronti dei lavoratori autonomi e degli altri soggetti che hanno obblighi in materia di igiene e sicurezza del lavoro. L'obiettivo relativo al numero dei controlli da effettuare sarà definito sulla base delle indicazioni nazionali (LEA).</p> <p>Riguardo gli infortuni, gli SPreSAL intervengono a seguito di eventi infortunistici gravi e mortali nell'immediatezza, in coordinamento con il sistema di emergenza del 118, e sulla base della scelta degli infortuni più gravi, applicando l'ormai consolidato Protocollo concordato con la Procura Generale della Repubblica per la gestione delle denunce di infortunio. I Servizi svolgono, oltre che attività di controllo in azienda, un'accurata attività di indagine a fini di giustizia penale.</p> <p>Per le malattie professionali, l'attività di vigilanza è svolta nelle aziende in cui presumibilmente si è avuta l'esposizione dei lavoratori al fattore di rischio, con la finalità di individuare il nesso causale e le responsabilità connesse, ma anche a fini preventivi per ridurre/eliminare le fonti di rischio.</p> <p>Al fine di garantire idonee condizioni di salubrità e sicurezza negli ambienti di lavoro, i Servizi effettuano anche attività di rilascio pareri e autorizzazioni a seguito di richiesta dell'utenza. Per migliorare l'omogeneità di tali attività all'interno dei Servizi e fra Servizi saranno predisposti, con gruppi di lavoro istituiti a livello regionale, documenti di Linee di indirizzo operativo e check list, quali strumenti operativi per la vigilanza e le attività di valutazione tecnica.</p> <p>La scelta degli argomenti sui quali costruire questi strumenti operativi sarà effettuata all'interno dei seguenti filoni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la verifica degli obblighi in materia di formazione dei lavoratori e degli altri soggetti della prevenzione stabiliti dal D.lgs. 81/08 e dagli Accordi Stato-Regioni correlati. La verifica verterà non solo sull'avvenuta formazione, ma anche su contenuto e modalità della stessa, estendendosi anche al possesso dei requisiti degli Enti formatori;</li> <li>- la verifica degli obblighi in materia di stress lavoro correlato;</li> <li>- la valutazione dei piani di lavoro di rimozione amianto;</li> <li>- la verifica degli obblighi in materia di rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori;</li> <li>- la vigilanza rispetto ai rischi prioritari in edilizia, sulla base dell'esperienza della <i>Scheda per il rischio di caduta dall'alto</i> già in uso;</li> <li>- la prevenzione dei rischi in agricoltura;</li> <li>- la verifica degli obblighi in materia di esposizione ad agenti cancerogeni.</li> </ul> <p>Gli strumenti operativi prodotti saranno presentati anche alle parti sociali, al fine di assicurare la trasparenza dell'attività dell'Organo di controllo e conseguire maggiore efficacia delle attività di prevenzione.</p> <p>Sarà avviata la definizione dei contenuti minimi delle inchieste svolte dai Servizi a seguito di infortunio.</p> <p>Saranno organizzate attività formative di aggiornamento volte al personale dei Servizi, estese anche, in qualche caso, al personale degli altri Enti che si occupano delle varie problematiche attinenti il lavoro.</p> |   |  |             |             |
| <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale  |   |  |             |             |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |  |             |             |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |  |             |             |
|   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>  | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| N. di documenti di linee di indirizzo operative/check list sulla vigilanza prodotti   | 1 documento   | 1 documento  | 1 documento | 1 documento |

**PROGRAMMA 7**  
**AMBIENTE E SALUTE**

| Macro obiettivi   | Obiettivi centrali   | Obiettivi specifici regionali   | Indicatore OSR  | Standard OSR  |
|---|--|---|---|---|
| <b>MO 8</b><br>Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute | <b>OC 8.1</b> Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"  | <b>OSR 7.1</b> Integrare le azioni dei settori istituzionali dell'Ambiente e della Sanità a livello regionale e locale  | <b>Indicatori per OSR 7.1</b><br>Disponibilità di documenti annuali di programmazione integrata<br>Disponibilità di report annuali di attività della rete dei referenti locali  | <b>Standard OSR 7.1</b><br>Sì<br><br>Sì                                   |
|   | <b>OC 8.2</b> Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione</li> <li>▪ il potenziamento della sorveglianza epidemiologica</li> </ul>   | <b>OSR 7.2</b> Approfondire la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pianificazione concordata delle attività di monitoraggio in campo ambientale;</li> <li>▪ definizione ed attuazione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale</li> </ul> | <b>Indicatori per OSR 7.2</b><br>Esistenza di un accordo per la pianificazione di massima del monitoraggio ambientale tra i soggetti interessati<br>Disponibilità di un report annuale sugli studi effettuati in campo ambientale | <b>Standard OSR 7.2</b><br>Sì<br><br>Sì                                   |
|   | <b>OC 8.3</b> Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali  | <b>OSR 7.3</b> Migliorare la valutazione dell'impatto ambiente-salute a livello locale  | <b>Indicatore per OSR 7.3</b> Definizione di un atto di indirizzo regionale a supporto di valutatori e proponenti in recepimento delle linee guida nazionali  | <b>Standard OSR 7.3</b><br>Sì   |
|   | <b>OC 8.4</b> Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti  | <b>OSR 7.4</b> Migliorare la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti a livello locale   | <b>Indicatore per OSR 7.4</b> Definizione di modello organizzativo minimo per la gestione locale delle istanze provenienti dalla popolazione  | <b>Standard OSR 7.4</b><br>Sì   |
|   | <b>OC 8.5</b> Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio  | <b>OSR 7.5</b> Formare gli operatori della sanità e dell'ambiente sui temi dell'impatto ambiente salute   | <b>Indicatori per OSR 7.5</b><br>Atto di recepimento del curriculum formativo redatto a livello nazionale<br>Adesione al corso nazionale di formazione per formatori<br>Proporzione di operatori formati                          | <b>Standard OSR 7.5</b><br>Sì<br><br>Sì<br>≥ 50%                          |
|   | <b>OC 8.6</b> Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico  | <b>OSR 7.6</b> Adeguare il modello di comunicazione del rischio alle linee di indirizzo nazionali   | <b>Indicatore per OSR 7.6</b><br>Atto formale di recepimento delle linee guida ministeriali   | <b>Standard OSR 7.6</b><br>Sì   |
|   | <b>OC 8.7</b> Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi           | <b>OSR 7.7</b> Predisporre programmi di controllo in materia di REACH/CLP ed individuare indicatori   | <b>Indicatore per OSR 7.7</b><br>Esistenza di un sistema di indicatori documentato e monitorato   | <b>Standard OSR 7.7</b><br>Sì   |
|   | <b>OC 8.8</b> Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche | <b>OSR 7.8</b> Sviluppare adeguate conoscenze tra tutti gli operatori dei servizi pubblici interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche  | <b>Indicatore per OSR 7.8</b><br>Realizzazione di corsi di formazione per operatori   | <b>Standard OSR 7.8</b><br>Almeno un corso effettuato a livello regionale |
|   | <b>OC 8.9</b> Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione  | <b>OSR 7.9</b> Realizzare un registro di lavoratori ex esposti all'amianto e definire un protocollo e dei programmi di sorveglianza sanitaria   | <b>Indicatore per OSR 7.9</b><br>Esistenza presso il COR Piemonte del registro dei lavoratori ex esposti all'amianto  | <b>Standard OSR 7.9</b><br>Sì   |
|   |  | <b>OSR 7.10</b> Definire un insieme sinergico di attività, sia sul piano ambientale che su quello sanitario, in grado di minimizzare l'impatto sulla salute della presenza sul territorio di amianto naturale e di materiali contenenti amianto   | <b>Indicatore per OSR 7.10</b><br>Approvazione del PRA tramite Deliberazione di Giunta Regionale  | <b>Standard OSR 7.10</b><br>Sì  |

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
|  | <b>OC 8.10</b> Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione e/o ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon | <b>OSR 7.11</b> Promuovere buone pratiche in materia di sicurezza e qualità dell'ambiente indoor anche in relazione al rischio radon  | <b>Indicatore per OSR 7.11</b> Disponibilità di 1 linea di indirizzo per la costruzione/ristrutturazione degli edifici | <b>Standard OSR 7.11</b><br>Sì  |
|  | <b>OC 8.11</b> Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare   | <b>OSR 7.12</b> Sensibilizzare la popolazione pediatrica sul corretto uso della telefonia cellulare   | <b>Indicatore per OSR 7.12</b> Disponibilità di un pacchetto formativo   | <b>Standard OSR 7.12</b><br>Sì  |
|  | <b>OC 8.12</b> Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani ed i giovanissimi ed i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV    | <b>OSR 7.13</b> Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV di origine artificiale attraverso la vigilanza e la sensibilizzazione della popolazione | <b>Indicatore per OSR 7.13</b> Interventi informativi alla popolazione giovanile                                       | <b>Standard OSR 7.13</b><br>Sperimentazione del pacchetto in almeno 1 ASL |

**Il programma ambiente e salute contribuisce inoltre ai macro obiettivi:**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>MO 7:</b> Prevenire gli infortuni e le malattie professionali   | <b>OC 7.2</b> Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali  | <b>OSR 7.2</b> Approfondire la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pianificazione concordata delle attività di monitoraggio in campo ambientale;</li> <li>• definizione ed attuazione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale</li> </ul> <b>OSR 7.8</b> Sviluppare adeguate conoscenze tra tutti gli operatori sanitari interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche<br><b>OSR 7.9</b> Realizzare un registro di lavoratori ex esposti all'amianto e definire un protocollo e dei programmi di sorveglianza sanitaria<br><b>OSR 7.13</b> Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV di origine artificiale attraverso la vigilanza e la sensibilizzazione della popolazione |
| <b>MO 10:</b> Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli | <b>OC 10.1</b> Adottare piani di controllo/ monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti animali, nell'ottica dell'integrazione fra sanità pubblica, ambiente e agricoltura |  |

## Quadro strategico, profilo di salute e trend dei fenomeni

### Elementi di contesto ed indicatori di salute

L'ambiente di vita è un determinante rilevante di salute che tocca vari aspetti: l'aria, l'acqua, i suoli, gli agenti chimici ivi presenti e quelli fisici (radiazioni ionizzanti, non ionizzanti – campi elettromagnetici, rumore) per molti dei quali si sono accumulate prove convincenti di rischio per la salute (inquinamento dell'aria, residenza in aree o siti contaminati, consumo di acqua contaminata, esposizione a rumore, a radiazioni ionizzanti) e sospetto di effetti possibili per altre (campi elettromagnetici).

I rischi legati alle varie esposizioni citate sono ben conosciuti, ma necessitano di una caratterizzazione più precisa dell'esposizione a scala regionale e di una valutazione di impatto accurata, utile a definire priorità nelle scelte decisionali.

#### Aria

Sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico sono stati aggiornati recentemente i rischi per la città di Torino (periodo 2006-2010) e si dispone di stime nazionali tramite il progetto EPIAIR applicabili al resto della Regione; per gli effetti a lungo termine sono disponibili recenti review OMS dei rischi per varie patologie e inquinanti.

Dal 2005 in poi il livello medio regionale di alcuni inquinanti è progressivamente sceso e le previsioni per il 2020 sono favorevoli. Nella figura 1 è presentata la situazione delle medie annuali per il PM 2.5.

Il particolato fine è responsabile di una quota di mortalità regionale per le cause naturali stimata tra il 7% e il 9%, con una stima media dell'8% (cioè di circa 2800 decessi annui). Si tratta del fattore di rischio ambientale con il maggiore impatto sulla salute della nostra regione.

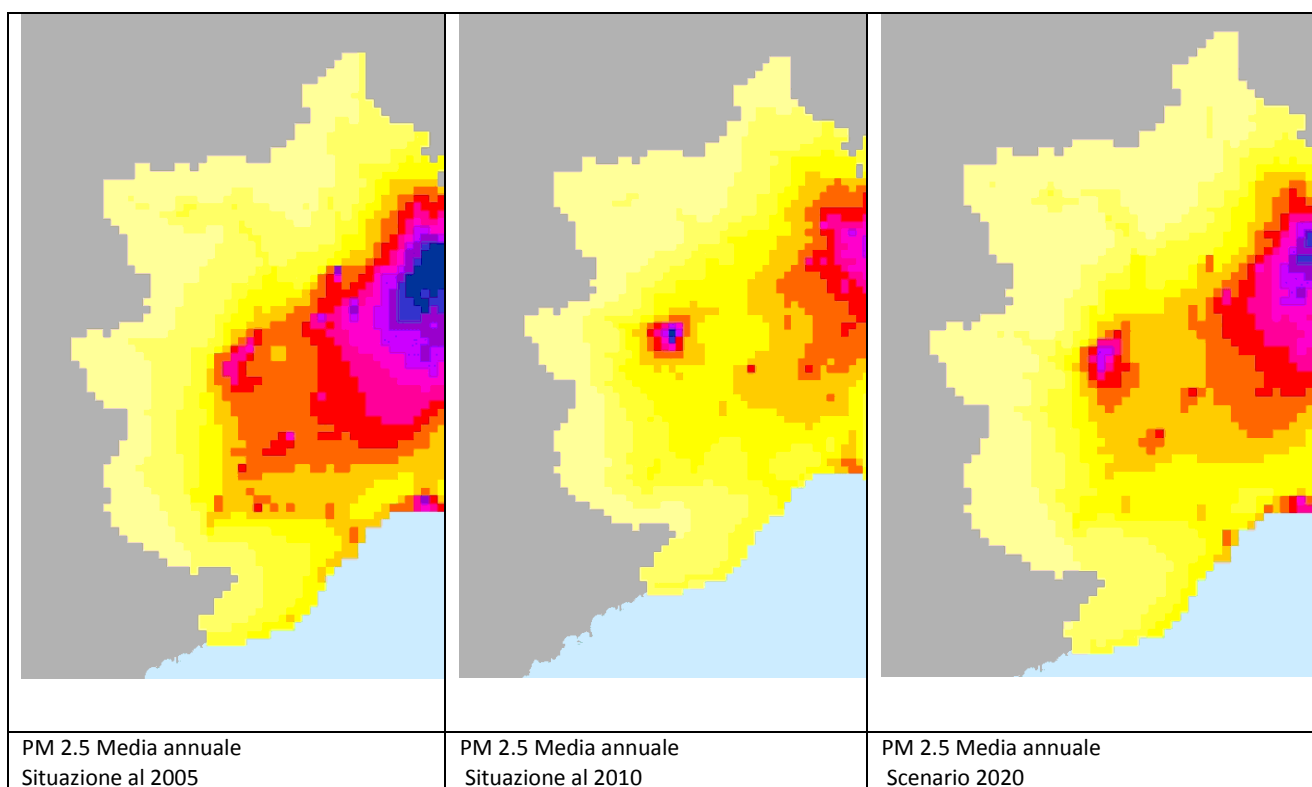


Figura 1. Medie annuali PM 2.5 – Regione Piemonte



## Radon

Il radon (elemento radioattivo) presente nell'aria, generato dalle emissioni provenienti dal sottosuolo, viene inalato ed in gran parte espirato. I prodotti di decadimento del radon, invece, si concentrano nel particolato atmosferico presente negli ambienti chiusi, che viene trattenuto a livello bronchiale.

Il radon e i suoi "prodotti di decadimento" possono quindi determinare un danno al DNA dei tessuti polmonari a causa dell'energia rilasciata dalle particelle alfa emesse nel decadimento durante la permanenza del particolato nel tessuto polmonare. La figura 2 riporta la distribuzione del radon medio per comune nella nostra Regione.

Nel 2014 il Dip.to tematico di Epidemiologia Ambientale dell'Arpa Piemonte ha effettuato una valutazione di impatto sulla salute del radon in Piemonte, utilizzando le metodiche accreditate disponibili.

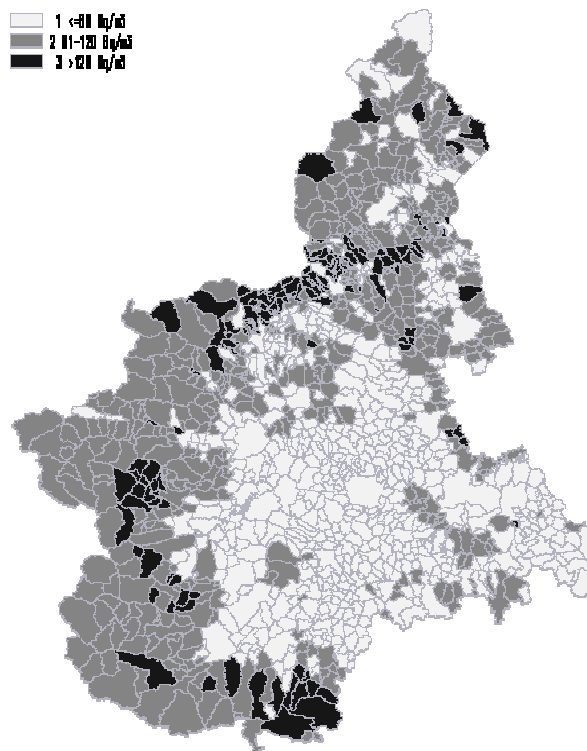


Figura 2. Distribuzione del radon medio in Regione Piemonte (3 classi)

Lo studio ARPA riporta un impatto medio stimato di 285 (95% I.C. 86-514) casi annui di tumore al polmone attribuibili al radon in Piemonte. La stima, effettuata sui dati 2006-2012, è valida anche per i prossimi 3-4 anni (essendo dipendente dai tassi medi annui di tumore al polmone).

Verifiche più accurate della mappatura e delle stime di rischio sono previste entro il 2018.

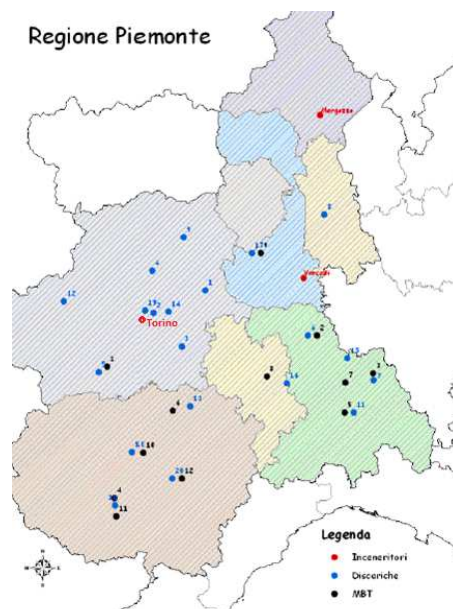
## Rifiuti

L'impatto sulla salute della gestione dei rifiuti è un tema contraddittorio nella letteratura scientifica, su cui non vi è accordo. A fronte di una letteratura scientifica piuttosto consistente relativa agli studi epidemiologici condotti in prossimità di impianti di smaltimento rifiuti, i risultati contraddittori disponibili non consentono una risposta chiara e univoca al problema. Valutare l'impatto sulla salute di vecchi impianti, anche con studi epidemiologici ad hoc, non può significare predire lo stesso impatto per gli impianti di nuova generazione. La tecnologia cambia a velocità elevate, le stesse modalità di gestione e smaltimento sono in continuo rinnovamento.

I risultati complessivi accumulati, soprattutto per le patologie tumorali, sono contrastanti e il livello di evidenza per una relazione tra la residenza in prossimità degli impianti ed effetti sulla salute è spesso limitato o inadeguato.

Il Dipartimento di Epidemiologia e Salute Ambientale di Arpa Piemonte ha preso parte tra il 2010 e il 2013 al progetto SESPIR - Sorveglianza epidemiologica sullo stato di salute della popolazione residente intorno agli impianti di trattamento rifiuti. Nella figura 3 è rappresentata la distribuzione dei principali impianti di smaltimento della nostra Regione.

Figura 3. Mappa degli impianti di trattamento rifiuti in Piemonte (2013, progetto SESPIR). In rosso: inceneritori. In blu: discariche. MBT: Trattamento Meccanico Biologico.



Presupponendo l'esistenza effettiva di alcune associazioni, sono stati stimati gli impatti sulle popolazioni residenti intorno a discariche e inceneritori. Le valutazioni sono state condotte relativamente a 3 differenti scenari determinati dall'adozione di differenti politiche di pianificazione regionale in materia di gestione dei rifiuti. L'impatto sanitario maggiore è dato dagli effetti sulla gravidanza e dal fastidio associato alle emissioni odorogene degli impianti. La riduzione maggiore dell'impatto si ottiene con una politica virtuosa di riduzione della produzione di rifiuti e un aumento importante della raccolta e gestione della raccolta differenziata.

#### **Siti contaminati**

Per i siti contaminati di interesse nazionale (SIN) presenti in Regione (Figura 4: Balangero, Casale Monferrato, Valle Bormida, Serravalle Scrivia, Pieve Vergonte) sono disponibili i risultati dello studio nazionale SENTIERI con misura dei rischi di mortalità a livello comunale e sono disponibili approfondimenti sub-comunali per alcuni altri siti (Spinetta Marengo, Serravalle Scrivia); mancano informazioni su altre aree di interesse regionale.



**Figura 4.** Progetto SENTIERI. Siti contaminati di interesse nazionale nella Regione Piemonte

#### **Rumore**

Sul rumore vi sono state esperienze di studio degli effetti in aree urbane ed aeroportuali (progetti europei HYENA e ENNAH, nazionale CCM SERA) che hanno permesso di conoscere in dettaglio il livello di rischio per varie categorie di esposizione.

Per alcuni effetti documentati (ipertensione, infarto del miocardio, depressione, ansia e disturbi respiratori ad essa correlati) gli studi disponibili depongono per una correlazione in particolare con l'esposizione a rumore notturno, con ampia plausibilità biologica.

In alcune aree (Comune di Torino, Provincia di Torino area sud) è stata effettuata una mappatura acustica dettagliata della situazione esistente; a livello regionale tale mappatura, utile ad individuare i punti maggiormente critici su cui pianificare interventi e controlli, non è ancora disponibile.

#### **Sostanze chimiche**

Sul versante dei pericoli chimici, sono state identificate alcune aree soggette a contaminazione ambientale diffusa per la presenza di impianti industriali (fonderie di seconda fusione) altamente inquinanti. Le aree sono state sottoposte a campagne annuali di biomonitoraggio per caratterizzare l'evoluzione spaziale e temporale del fenomeno in collaborazione tra ASL, ARPA e IZS.

Tali campagne si sono affiancate e spesso integrate ai controlli previsti dal Piano Nazionale Residui e dal Piano Nazionale Alimentazione Animale.

Molto resta da verificare per quanto riguarda l'effettivo utilizzo di pesticidi in agricoltura e i possibili effetti sulla salute degli agricoltori e dei residenti in aree agricole.

### **Collaborazione ambiente salute**

Tutti gli Enti della nostra Regione condividono e accettano premesse ed obiettivi derivanti dalla necessità di una gestione articolata della tutela della salute da fattori ambientali, ma la loro realizzazione, ovvero la concretizzazione di strumenti operativi idonei, è tuttora fortemente penalizzata da un scollegamento istituzionale che non consente una sinergia efficace ed ordinaria tra gli operatori sanitari e quelli dell'ambiente.

La collaborazione interistituzionale tra chi si occupa di ambiente necessita quindi in Piemonte di maggiori strumenti di integrazione, ed in particolare di un sistema di conoscenze multidisciplinari integrate, che consenta lo studio dell'intero ciclo di esposizione in un territorio (caratterizzazione della fonte, pericolosità degli agenti, trasmissibilità attraverso i media ambientali, valutazione del rischio e dell'impatto sull'ambiente e sulla salute), che deve prevedere come base un potenziamento della sorveglianza epidemiologica ambientale e delle metodologie di stima.

Una valutazione integrata ambientale e sanitaria non deve rappresentare però solo un'evoluzione metodologica, ma anche un criterio importante per la destinazione di risorse per lo studio di fattori di rischio, per lo sviluppo di modelli di indagine ambientale e sanitaria, con lo scopo di migliorare i sistemi di previsione e controllo, e di formazione integrata tra operatori.

### **Mesoteliomi maligni**

Il 18% dei casi di mesotelioma maligno (MM) notificati in Italia è segnalato al Registro Nazionale Mesoteliomi dalla nostra Regione, in cui si riscontra il numero più elevato di soggetti affetti da MM della penisola. L'incidenza di tale patologia è estremamente elevata nell'area casalese, in cui i tassi di incidenza standardizzati per 100.000 per anno, nel periodo 1990-2010, nel Comune di Casale Monferrato, sono stati pari a 52,4 per gli uomini e 28,6 per le donne, e nell'ambito del Distretto Sanitario sono stati pari a 29,7 per gli uomini e 15,9 per le donne. Per confronto, i tassi di incidenza nella popolazione piemontese, nello stesso periodo, sono di 3/100.000 per gli uomini e di 1,3/100.000 per le donne (dati CPO Torino).

### **Specifiche regionali per quadro normativo di riferimento e stato di attuazione.**

#### **Sinergie con altri programmi. Strategie selezionate.**

Obiettivo generale di questo programma è ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute tramite l'implementazione di strumenti di integrazione e collaborazione, ed in particolare di un sistema di conoscenze multidisciplinari integrate, che consenta lo studio dell'intero ciclo di esposizione in un territorio (caratterizzazione della fonte, pericolosità degli agenti, trasmissibilità attraverso i media ambientali, valutazione del rischio e dell'impatto sull'ambiente e sulla salute) che deve prevedere come base un potenziamento della sorveglianza epidemiologica ambientale e delle metodologie di stima.

Non sono disponibili stime complete di esposizione e di impatto sulla salute nella Regione Piemonte per gran parte delle esposizioni ambientali note (aria, acqua, suolo, radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, rumore, sostanze chimiche di origine industriale ed agricola).

Sugli effetti dell'inquinamento atmosferico sono stati aggiornati recentemente i rischi a breve termine per la città di Torino (periodo 2006-2010) e si dispone di stime nazionali tramite il progetto EPIAIR applicabili al resto della Regione; per gli effetti a lungo termine sono disponibili i risultati degli studi di coorte del progetto ESCAPE pubblicati tra la fine del 2013 e l'inizio del 2014, che coinvolgeva anche una coorte torinese, anch'essi utilizzabili per la stima a livello regionale.

È necessario disporre di una stima di impatto complessivo, sia a breve sia a lungo termine.

Gli effetti del cambiamento climatico in atto necessitano di mantenere e incrementare il monitoraggio epidemiologico degli effetti sulla salute, utile per azioni mirate di prevenzione e sulle subpopolazioni suscettibili.

Per i siti contaminati di interesse nazionale presenti in Regione (Balangero, Casale Monferrato, Basse di Stura, Valle Bormida, Serravalle Scrivia, Pieve Vergonte) sono disponibili i risultati dello studio nazionale SENTIERI con misura dei rischi di mortalità a livello comunale e dati di biomonitoraggio animale mentre sono disponibili approfondimenti sub-comunali per alcuni altri siti (Spinetta Marengo, Serravalle Scrivia); mancano informazioni su altre aree di interesse regionale. È necessario completare gli studi epidemiologici sui siti contaminati di interesse regionale e provinciale fornendo una stima degli impatti sulla salute umana.

La mappatura del radon in regione Piemonte ha consentito di avere una base di conoscenza per effettuare una stima degli effetti attesi di esposizione alla principale sorgente ambientale di radiazioni ionizzanti, che però necessita di una valutazione e di una quantificazione più precisa degli effetti.

Sul rumore vi sono state esperienze di studio degli effetti in aree aeroportuali (progetti europei HYENA e ENNAH, nazionale CCM SERA) che hanno permesso di conoscere in dettaglio il livello di rischio per varie categorie di esposizione. Manca tuttavia una mappatura acustica a livello regionale cui applicare i rischi conosciuti, utile ad individuare i punti maggiormente critici su cui pianificare interventi e controlli.

Sul versante dei rischi chimici, sono state identificate alcune aree soggette a contaminazione ambientale diffusa per la presenza di impianti industriali (tra cui fonderie di seconda fusione) altamente inquinanti, con attività parallela di indagine sia dell'IZS, sia di ARPA, sia dei servizi epidemiologici regionali.

A fianco di una mappatura delle emissioni inquinanti, è necessaria una misura epidemiologica dei rischi presenti.

I rischi da pesticidi utilizzati in agricoltura sono largamente inesplorati e necessitano di un approfondimento epidemiologico e di monitoraggio ambientale per garantire la sicurezza sia degli operatori agricoli sia della popolazione residente nei pressi delle aree intensivamente coltivate, da condurre nei prossimi anni.

I contaminanti ambientali e i relativi problemi tuttavia sono molti e necessitano di mappatura regionale di dettaglio con orientamento del monitoraggio ambientale e potenziamento della sorveglianza epidemiologica su un periodo pluriennale più ampio e produzione di un Atlante Ambiente-Salute regionale facilmente interrogabile ed utilizzabile da parte dei servizi locali.

Le modifiche dell'ambiente determinate inoltre dalla realizzazione di un progetto, piano o programma sono valutate nelle procedure di VIA, VAS, AIA, per le quali è ancora scarsamente attuata una Valutazione dell'Impatto sulla salute (VIS) per la cui attuazione è necessaria la messa a punto di linee guida e di strumenti metodologici.

Per le stime dell'esposizione e dell'impatto dei fattori inquinanti le esperienze di biomonitoraggio (in campo umano e animale) compiute nel quadriennio di vigenza del precedente PRP hanno confermato la potenzialità di questo strumento nel completare il quadro delle conoscenze con analoghe esperienze di monitoraggio ambientale, che andrebbero proseguite. Tale approccio, dove implementato con attenzione e rigore, ha evidenziato la necessità di stabilire relazioni interistituzionali tra ASL, ARPA e IZS che necessitano di essere formalizzate e stabilizzate con definizione degli ambiti di competenza degli operatori.

Nel precedente PRP erano state avviate infine esperienze di formazione congiunta degli operatori sull'impatto dei fattori di rischio ambientali che necessitano di essere ampliate, consolidate ed allargate ai MMG e ai PLS con un piano di comunicazione pluriennale sistematico ed efficace, in linea con linee guida nazionali.

## **REACH**

A cinque anni di distanza dall'adozione, il Regolamento REACH rappresenta tuttora la normativa sulle sostanze chimiche più ambiziosa e vasta al mondo, con l'obiettivo di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente rafforzando nel contempo la competitività e l'innovazione. Il Regolamento REACH è completato dal Regolamento CLP, che allinea l'UE al sistema di classificazione ed etichettatura delle sostanze chimiche nell'ambito delle Nazioni Unite e assicura quindi che i pericoli associati alle sostanze chimiche vengano comunicati in modo chiaro ai lavoratori e ai consumatori. Entrambi i regolamenti attribuiscono ai fabbricanti e agli importatori di sostanze chimiche la responsabilità della comprensione dei potenziali effetti avversi delle sostanze chimiche, della gestione di eventuali rischi associati al loro uso e della trasmissione di queste informazioni sulla sicurezza a clienti e consumatori. Il Regolamento REACH si basa sul principio che spetta ai fabbricanti, agli importatori e agli utilizzatori a valle garantire la fabbricazione, l'immissione sul mercato o l'utilizzo di sostanze che non abbiano effetti avversi sulla salute umana o sull'ambiente e sulla promozione di metodi alternativi alla sperimentazione sugli animali per la valutazione dei pericoli che le sostanze chimiche comportano. Tali disposizioni si fondano sul principio precauzionale. In termini pratici, il Regolamento REACH mira a rendere più efficace la gestione dei rischi legati alle sostanze chimiche e a velocizzare l'immissione sul mercato di sostanze chimiche sicure e innovative, in particolare trasferendo l'onere della prova di identificazione e di controllo dei rischi dalle autorità alle imprese. Si prevede, inoltre, che colmi le lacune in termini di conoscenze relative alle cosiddette "sostanze soggette a un regime transitorio" immesse sul mercato europeo. Negli anni precedenti il Nucleo Tecnico Regionale (NTR) ha sempre migliorato l'attività dei controlli prevista dal Piano Regionale dei Controlli sia dal punto di vista qualitativo sia quantitativo; questo ha richiesto un grande contributo da parte dei componenti del NTR anche sotto forma di extra lavoro volontario. Infine il NTR ha sempre assicurato la collaborazione con l'Autorità Competente Nazionale, le altre Regioni e le associazioni di categoria.

## **Amianto**

Un fattore di rischio ambientale particolarmente importante sul territorio piemontese è l'amianto. La presenza nella nostra regione di una grande cava di asbesto a Balangero (TO), dell'industria Eternit di Casale Monferrato, che produceva manufatti contenenti amianto e di altre industrie, che utilizzavano tale minerale, ha da sempre

posto al centro dell'attività di prevenzione regionale il problema della tutela della salute dei lavoratori e della popolazione dai rischi derivanti dall'esposizione all'amianto.

I Dipartimenti provinciali di ARPA e i Servizi di Prevenzione delle ASL piemontesi da tempo sono attivamente impegnati nelle attività di vigilanza e di controllo sia in riferimento all'applicazione delle normative nazionali, sia in relazione a specifici programmi di attività definiti a livello regionale.

Con DGR n. 64-3574 del 19 marzo 2012 è stato riorganizzato il Centro regionale per la ricerca, la sorveglianza e la prevenzione dei rischi da amianto con sede a Casale Monferrato e sono stati ridefiniti, ai fini di una loro ottimizzazione, i rapporti sinergici fra Ambiente e Sanità in materia di controllo e monitoraggio del rischio amianto. La deliberazione prevede un organismo di indirizzo strategico-politico e un livello di direzione tecnica-operativa (Comitato di direzione), costituito dagli assessorati regionali alla Sanità e all'Ambiente, dal Centro Sanitario Amianto e dall'ARPA.

La Regione Piemonte intende proseguire nelle attività di contrasto al rischio amianto definendo un nuovo strumento pianificatorio, il Piano Regionale Amianto (PRA), che sostituirà il precedente datato febbraio 2001, finalizzato a garantire, tra gli altri, interventi per la realizzazione/aggiornamento del registro dei soggetti ex esposti ad amianto, attività di formazione degli operatori delle ASL, dei tecnici professionisti, degli addetti e dei responsabili per le attività di rimozione, bonifica e smaltimento dell'amianto, modalità operative per l'informazione della popolazione sui rischi da esposizione a fibre di asbesto e sulle misure da adottarsi per mitigare tali rischi nonché la definizione degli standard minimi quali-quantitativi da assicurare relativamente alle attività di verifica sui manufatti contenenti amianto presenti sul territorio regionale e di vigilanza sugli interventi di bonifica dei materiali contenenti amianto da parte delle ASL.

### **Esposizione ad agenti fisici: UV**

La prevenzione dei rischi da esposizione impropria alle radiazioni UV è un importante obiettivo del Piano nazionale di Prevenzione. Per la declinazione nel Piano Regionale piemontese di questo obiettivo si ritiene di dover intervenire prevalentemente nei confronti dell'esposizione a radiazioni UV di origine artificiale, legata all'uso per scopi estetici di apparecchi abbronzanti.

Come è noto tale abitudine si è molto diffusa nei paesi occidentali, compresi l'Italia ed il Piemonte, soprattutto in soggetti giovani e di sesso femminile, ed ha condizionato lo sviluppo di un importante settore economico (industriale-commerciale) in grado di influenzare significativamente i comportamenti individuali.

Numerose sono le evidenze acquisite sulla pericolosità per la salute delle esposizioni a tali radiazioni, in termini di aumento del rischio di tumori cutanei ed in particolare di melanoma, sino ad indurre l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC dell'OMS) a classificarle come cancerogeni certi per l'uomo. Di recente è stata anche stimata la quota di tumori attribuibili all'eccessiva esposizione a RUV, evidenziando nel gruppo di paesi europei oggetto di studio circa 3400 nuovi casi all'anno, di cui 795 mortali, correlabili all'uso di apparecchi per l'abbronzatura artificiale (Boniol 2012, Erdmann 2013). Si sono pertanto susseguite le prese di posizione di studiosi e società scientifiche che hanno proposto di bandire o quantomeno controllare fortemente con norme specifiche l'esposizione a queste apparecchiature soprattutto nei giovani (O'Sullivan 2014, Pagoto 2014); la stessa OMS ha sconsigliato tassativamente l'esposizione a RUV provenienti da lettini e lampade solari, ritenendosi possibile in ogni caso un aumento del rischio di tumori cutanei.

Le attività di prevenzione proposte in vari paesi sembrano quindi orientarsi verso un mix di interventi di regolazione e restrizione dell'uso (soprattutto in categorie a rischio) attraverso norme specifiche, coordinati con programmi di comunicazione del rischio che si avvalgono di diversi media (in particolare di quelli più orientati verso le fasce giovanili) (Seidenbergh 2015).

In tal senso, appare opportuno ricordare che in Italia, nel 2011, è stata emanata una specifica regolamentazione per l'uso di tali apparecchiature all'interno dei centri estetici e solarium, con il Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico n. 110/2011, che in Piemonte erano già vigenti norme regionali in materia. È quindi possibile procedere innanzitutto alla definizione di programmi specifici di vigilanza negli esercizi commerciali che offrono l'abbronzatura artificiale, finalizzati al controllo di conformità alle normative ed alla verifica degli effettivi livelli delle emissioni delle apparecchiature utilizzate. Tali attività, svolte dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) delle ASL in collaborazione con ARPA, devono perseguire lo scopo di ridurre i rischi da esposizione degli utenti attraverso un'azione diretta sugli esercenti e di riflesso sui produttori degli apparecchi stessi.

Il programma di comunicazione dei rischi da RUV, che utilizzi anche i dati ricavati dall'attività di vigilanza, rappresenta l'altro elemento su cui impostare le attività di prevenzione, rivolte ad aumentare la consapevolezza nei segmenti di popolazione interessata, con lo scopo di conseguire una maggiore responsabilizzazione dei gestori ed un approccio al consumo più consapevole da parte degli utenti.

## Dati di attività in continuità con PRP 2010-2014

La Regione Piemonte dal 2007 al 2012 ha finanziato il progetto *Ambiente e Salute* che ha prodotto, a livello centrale, documenti specifici di indirizzo ad elevato contenuto scientifico e ha fatto crescere, a livello locale, la cultura della valutazione di impatto. In ogni ASL è stato nominato un referente. Le linee guida e procedure prodotte nell'ambito del progetto sono state utilizzate nelle ASL per la gestione di problematiche locali.

A livello centrale sono state attivate sinergie tra la rete di Epidemiologia e IZS al fine di costituire un sistema di sorveglianza integrato sugli effetti delle sostanze chimiche provenienti da insediamenti produttivi e sviluppare programmi integrati di monitoraggio sui possibili bersagli della catena alimentare, animale e vegetale.

A livello locale i Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno garantito il supporto alle pubbliche amministrazioni per la valutazione di impatto ambiente salute nell'ambito delle Commissioni e Conferenze di servizio (VIA, VAS, AIA, bonifiche, ecc.). Il Piemonte, insieme ad altre Regioni, ha aderito a specifici progetti CCM per la condivisione di strumenti per la VIS.

I Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno lavorato per riorientare i sistemi di vigilanza e controllo in base alla graduazione del rischio e, nel contempo, individuare e scoraggiare / ridefinire pratiche obsolete.

### Amianto

Per quanto riguarda in specifico il problema amianto, la Regione Piemonte, su proposta del Comitato di Direzione sopra descritto, ha emanato negli ultimi anni diversi atti di indirizzo finalizzati alla riduzione dell'esposizione ad amianto, quali il *Protocollo regionale per la gestione di esposti / segnalazioni relativi alla presenza di coperture in cemento-amianto negli edifici*, le *Indicazioni operative per la rimozione e la raccolta di modeste quantità di materiali contenenti amianto in matrice cementizia o resinoide presenti in utenze civili da parte di privati cittadini*, e il *Protocollo operativo per la gestione del rischio amianto nella realizzazione della linea ferroviaria ad alta velocità Terzo valico dei Giovi*. La Regione inoltre è titolare del progetto CCM: *Modello operativo per la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma*, condotto dal Centro Sanitario Amianto, e del progetto CCM *Metodi innovativi per l'identificazione delle aree territoriali e dei settori di attività economica con elevato rischio di esposizione ad amianto in Italia per la sorveglianza epidemiologica del rischio di mesotelioma maligno*, condotto dall'ASO Città della Salute e della Scienza di Torino.

### Esposizione ad agenti fisici: UV

In Regione Piemonte è consolidata già da diversi anni un'attività di vigilanza sugli esercizi che operano nei settori estetico e di cura della persona. Tale attività, che ha visto impegnati i SISP delle ASL, ha interessato, anche per la presenza di alcune norme regionali specifiche, le attività commerciali dedicate all'abbronzatura artificiale. L'impostazione iniziale dei controlli prevedeva verifiche di natura igienico sanitaria dei locali ed attrezzature, valutazioni delle modalità di gestione dell'esercizio e delle macchine utilizzate e, nel caso degli esercizi di estetica/solarium, l'analisi della documentazione presente a corredo delle apparecchiature. La constatazione dell'insufficienza di tali modalità di controllo ai fini della riduzione dei rischi per la salute degli utenti ha evidenziato la necessità di misurazioni strumentali sulle macchine utilizzate, allo scopo di valutare gli effettivi livelli di radiazioni ultraviolette emessi. Tali attività, avviate inizialmente in via sperimentale solo in alcune ASL, sono state estese, con un programma specifico del Piano Regionale della Prevenzione del 2014, a tutte le ASL. Sempre nello stesso PRP del 2014 sono state definite prime iniziative volte ad avviare attività di comunicazione del rischio specifico nei segmenti di popolazione interessata.

Le attività previste nel presente Piano 2015/2018 rappresentano quindi la naturale prosecuzione di quanto già avviato nel corso del 2014, allo scopo di garantire continuità e sistematicità degli interventi di prevenzione nei riguardi dell'esposizione a rischio specifico di radiazioni ultraviolette di origine artificiale.

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva e crono programma di massima

Nel periodo considerato saranno intraprese azioni finalizzate a migliorare la collaborazione tra attività ambientali e sanitarie, a consolidare o, ove del caso, riattivare la rete interdisciplinare di operatori della sanità e dell'ambiente già creata negli anni 2007-2012 nell'ambito del progetto *Ambiente e Salute*, promosso e sostenuto dalla Regione Piemonte con DD n. 37 del 15/3/2007.

Il nodo regionale di tale rete sarà rappresentato da un gruppo di lavoro interistituzionale e interdisciplinare con compiti di coordinamento e indirizzo. La rete avrà nodi locali nelle ASL dove saranno identificati un referente e creati tavoli di lavoro integrati all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione.

Le azioni di miglioramento della conoscenza saranno avviate sul duplice percorso di:

- monitoraggio, descrizione e localizzazione degli inquinanti ambientali a cui è esposta la popolazione del Piemonte;
- sorveglianza epidemiologica e mappatura delle patologie correlate alle esposizioni ambientali.

In collaborazione con le altre Regioni saranno predisposti ed adottati documenti di indirizzo finalizzati ad assistere e standardizzare la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali con particolare riferimento al contributo di ASL e ARPA all'interno delle conferenze dei servizi (Valutazione di Impatto Ambientale e di Impatto sulla Salute, Valutazione Ambientale Strategica, Autorizzazione Integrata Ambientale, siti in bonifica, ecc). Sarà inoltre sviluppato un modello per assistere e standardizzare, a livello ASL, la gestione integrata delle segnalazioni provenienti dagli Enti e dalla popolazione rispetto a situazione di rischio rilevato o percepito.

Sarà predisposto un percorso di formazione in coerenza con le indicazioni nazionali finalizzato all'aggiornamento degli operatori sui temi dell'epidemiologia ambientale, della valutazione d'impatto sulla salute (VIS) e della comunicazione del rischio.

I programmi di controllo in materia di REACH/CLP proseguiranno nel rispetto delle indicazioni del Piano Nazionale dei Controlli. Sarà messo a sistema un modello organizzativo idoneo a integrare competenze e professionalità, favorire la comunicazione e lo scambio di conoscenze, monitorare le situazioni di non conformità. Saranno inoltre realizzate iniziative di formazione degli operatori sul tema della sicurezza chimica.

Sarà definito ed approvato il nuovo Piano Regionale Amianto che consenta di elaborare ed attuare un insieme sinergico di attività in grado di minimizzare l'impatto sulla salute della presenza sul territorio di amianto naturale e di materiali contenenti amianto.

Nel campo della tutela della salute in ambiente indoor sarà posta particolare attenzione a promuovere buone pratiche e abbandonare contestualmente pratiche inappropriate.

Sarà aggiornata la mappa regionale del rischio radon.

Sarà definito un pacchetto formativo e informativo sull'uso della telefonia cellulare destinato alla fascia di età pediatrica.

I rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV saranno affrontati attraverso un piano mirato di vigilanza in collaborazione fra ARPA e ASL e l'informazione alla popolazione con particolare riferimento ad adolescenti e giovani.

Destinatari delle azioni sono:

- gli operatori della Sanità e dell'Ambiente,
- la popolazione residente nella regione.

Le azioni si snodano lungo tutto il periodo 2015-2018 secondo il calendario di dettaglio riportato di seguito.

### Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma

Fattori facilitanti:

- Relativamente all'esposizione ad amianto, forte consapevolezza del rischio già acquisita da parte della popolazione, degli enti pubblici e delle parti sociali, particolarmente nelle aree a maggior rischio, quali il casalese.

Fattori ostacolanti:

- Difficoltà di collaborazione interassessorile e intersettoriale, nonché con soggetti ed enti non facenti parte della Regione Piemonte, né del servizio sanitario regionale, ad esempio INAIL e INPS;

- Disponibilità di tempo / lavoro dedicato da parte di operatori gerarchicamente non dipendenti da Regione Piemonte;
- Difficoltà di interconnessione o di accesso ai diversi sistemi informativi.

### **Monitoraggio e contrasto disuguaglianze**

Gli obiettivi e le azioni riferite al macro obiettivo 8 - Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute, e descritti nel presente quadro logico, sono orientati a:

- promuovere il principio della salute in tutte le politiche;
- sviluppare competenze fra gli operatori soprattutto del servizio pubblico e migliorarne l'organizzazione;
- migliorare sistemi di sorveglianza e monitoraggio;
- programmare interventi per la riduzione di specifici rischi in ambiente di vita.

Si attende che tali interventi possano favorire la collettività nel suo insieme e che la loro ricaduta possa comportare un miglioramento soprattutto nelle aree a maggior pressione ambientale, dove è verosimile una maggiore concentrazione di residenti in condizioni sociali di svantaggio.

Da letteratura emerge infatti come in Italia la percentuale di persone che vivono in prossimità di un sito inquinato aumenti con l'incremento del livello di deprivazione sociale dell'area di residenza, e come invece la non sicurezza delle abitazioni presenti una frazione attribuibile alle disuguaglianze sociali di circa il 60% negli uomini e di circa il 40% nelle donne piemontesi (fonte: Aspetti della vita quotidiana). Di conseguenza, migliorare il monitoraggio delle esposizioni ambientali introducendo covariate sociali nei sistemi di sorveglianza, programmare interventi di riqualifica delle zone maggiormente inquinate (dove tende a risiedere la popolazione in condizioni di disagio sociale) e sviluppare appropriati modelli di governance e di relazioni tra istituzioni sono elementi fondamentali per la programmazione di interventi orientati all'equità. Inoltre, la formazione degli operatori della salute e dell'ambiente alle problematiche sociali rappresenta un altro punto di ingresso nell'affrontare le disuguaglianze. A tal proposito, tutte le azioni previste dal programma saranno sottomesse entro il 2015 ad un esercizio rapido di *health equity audit* per identificare se ci sono esigenze di miglioramento dell'allocazione degli interventi per venire incontro alla distribuzione sociale del rischio. Le azioni che risulteranno più promettenti dal punto di vista di guadagno sulle disuguaglianze saranno sottomesse ad un *health equity audit* più approfondito che si occuperà non solo di revisionare e correggere l'allocazione degli interventi in funzione del rischio, ma anche di revisionare l'efficacia attesa degli interventi per le diverse categorie di vulnerabilità sociale delle rispettive popolazioni bersaglio.



|  |  |  |  |                                |                    |
|--|--|--|--|--------------------------------|--------------------|
| <p>Azione 7.1.1<br/><b>Costituire e promuovere l'operatività di un Gruppo di lavoro regionale di coordinamento Ambiente-Salute</b></p> <p><i>Oc8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"</i></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Identificare ruoli e responsabilità<br/>Integrare competenze e professionalità<br/>Integrare la programmazione ASL, IZS, ARPA</p>  |  | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.1</b> Integrare le azioni dei settori istituzionali dell'Ambiente e della Sanità a livello regionale e locale</p> |                                |                    |
|  | <p><b>Descrizione dell'azione</b><br/>Sarà formalizzato un gruppo di lavoro, composto da rappresentanze dei settori regionali della Sanità, ARPA, IZS, ASL (SISP, SPRESAL) e integrato di volta in volta con le professionalità e le figure necessarie (ad esempio di Assessorato all'Agricoltura, all'Ambiente, alle Politiche sociali, della famiglia e della casa).<br/>Il gruppo avrà i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redazione e monitoraggio dei programmi PRP relativi al MO Centrale 8 <i>Ridurre le esposizioni potenzialmente dannose per la salute</i></li> <li>• Presentazione dei programmi PRP pluriennali ed annuali al CRI (Comitato Regionale di Indirizzo) per concertare la quota di prestazioni ARPA, non strettamente vincolata da normativa, in relazione ai bisogni di salute emergenti dal territorio (ASL, Enti e portatori di interesse in genere)</li> <li>• Proposta di documenti annuali di indirizzo dell'attività dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e dell'IZS, coerenti con il PRP e concertati con ARPA</li> <li>• Aggiornamento del documento di indirizzo su competenze, responsabilità e ruoli di ASL, ARPA, IZS di cui alla DGR 17-11422 del 18.05.2009</li> </ul> |  |  |                                |                    |
|  | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale</p>  |  |  |                                |                    |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |  |  |                                |                    |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p> |  |                                |                    |
|  |  | <p><b>2015</b></p>                               | <p><b>2016</b></p>   | <p><b>2017</b></p>             | <p><b>2018</b></p> |
| <p>Disponibilità di un provvedimento di costituzione del gruppo di lavoro regionale</p>  | <p>Provvedimento approvato</p>   |  |  |                                |                    |
| <p>Disponibilità di documenti annuali di programmazione integrata</p>  |  | <p>1 documento disponibile</p>                   | <p>1 documento disponibile</p>   | <p>1 documento disponibile</p> |                    |
| <p>Disponibilità di un protocollo d'intesa Regione-ARPA-IZS</p>  |  |  |  | <p>Protocollo approvato</p>    |                    |

|   |  |   |  |  |                    |
|---|--|---|--|--|--------------------|
| <p>Azione 7.1.2<br/><b>Sostenere la Rete territoriale dei referenti del progetto Ambiente e Salute di cui alla DD n. 37 del 15/3/2007</b></p> <p><i>Oc8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"</i></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Facilitare la comunicazione verticale tra Regione e ASL<br/>Promuovere l'integrazione tra i diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle ASL</p>  |   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.1</b> Integrare le azioni dei settori istituzionali dell'Ambiente e della Sanità a livello regionale e locale</p> |  |                    |
|   | <p><b>Descrizione dell'azione</b><br/>Si intende riattivare la rete territoriale dei referenti del progetto "Ambiente e Salute" già approvato con DD n. 37 del 15/3/2007, già creata nell'ambito di tale progetto.<br/>Saranno fornite ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL adeguate indicazioni organizzative da parte della Regione affinché a livello locale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si identifichi un referente locale per la gestione delle problematiche a valenza ambientale;</li> <li>• si strutturino tavoli di lavoro, integrati fra le diverse competenze dei Servizi del Dipartimento, finalizzati alla valutazione multidisciplinare delle problematiche di impatto ambiente-salute.</li> </ul> <p>I referenti oltre a coordinare il gruppo di lavoro locale, costituiranno interfaccia del gruppo di lavoro regionale (vedi azione 7.1.1).</p> |   |  |  |                    |
|   | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale</p>   |   |  |  |                    |
|   | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |   |  |  |                    |
|   | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>                                      |  |  |                    |
|   |  | <p><b>2015</b></p>  | <p><b>2016</b></p>   | <p><b>2017</b></p>   | <p><b>2018</b></p> |
|   | <p>Esistenza di disposizioni organizzative regionali</p>   | <p>Evidenza di 1 documento regionale</p>  |  |  |                    |
| <p>Esistenza di un gruppo di lavoro formalizzato nelle ASL</p>  |  | <p>Evidenza di documento di formalizzazione del gruppo in almeno il 90% delle ASL</p> |  |  |                    |
| <p>Disponibilità di report annuali di attività della rete dei referenti locali</p>  |  |   | <p>1 report annuale per ogni ASL che ha formalizzato il gruppo</p>   | <p>1 report annuale per ogni ASL che ha formalizzato il gruppo</p> |                    |

|   |   |   |  |  |   |
|---|---|---|--|--|---|
| <p>Azione 7.2.1<br/><b>Predisporre un programma di monitoraggio degli inquinanti ambientali a cui è esposta la popolazione del Piemonte</b></p> <p><i>Oc8.2 Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione</li> <li>▪ il potenziamento della sorveglianza epidemiologica</li> </ul> <p><i>Oc10.1 Adottare piani di controllo/ monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti animali, nell'ottica dell'integrazione fra sanità pubblica, ambiente e agricoltura</i></p> <p><i>Oc7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP</i></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Concordare una pianificazione delle attività di monitoraggio in campo ambientale su aree a contaminazione nota e ignota<br/>Definire protocolli di biomonitoraggio su uomo e animali in casi selezionati</p>  | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.2</b> Approfondire la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pianificazione concordata delle attività di monitoraggio in campo ambientale;</li> <li>• definizione ed attuazione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale</li> </ul> |  |  |   |
|   | <p><b>Descrizione dell'azione</b><br/>Realizzazione di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, registri di patologia e altri) e conseguente predisposizione di un documento condiviso di programmazione pluriennale delle attività di monitoraggio ambientale con approfondimenti anche su aree contaminate.<br/>Definizione di un protocollo regionale che disciplini le attività di biomonitoraggio in campo umano ed animale in particolare in aree di commistione presente o passata delle attività agricolo-zootecniche con quelle di tipo industriale.<br/>Ricognizione delle buone pratiche di gestione dei pericoli chimici esistenti.<br/>Diffusione di buone pratiche agli operatori del settore della produzione e loro ulteriore integrazione e diffusione per quanto riguarda pericoli chimici (es. pesticidi, IPA, metalli pesanti, residui di farmaci con particolare attenzione agli antimicrobici) non ancora considerati; produzione e diffusione di buone pratiche di monitoraggio e controllo per gli operatori sanitari.</p> <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale</p> <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p> | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |  |  |   |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>  | <b>2017</b>  | <b>2018</b>   |
|   | Esistenza di un accordo per la pianificazione di massima del monitoraggio ambientale tra i soggetti interessati   |   | Evidenza di 1 documento di accordo                             |  |   |
|   | Attuazione del programma di monitoraggio ambientale   |   |  | 1 report annuale per almeno 1 matrice tra quelle monitorate        | 1 report annuale per almeno 1 matrice tra quelle monitorate                               |
|   | Disponibilità di un documento di buone pratiche   | Evidenza di almeno 1 documento predisposto  | Evidenza della diffusione di almeno 1 documento                |  |   |
|   | <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Pubblicazione di un protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale</b>   |   | <b>Costituzione di un gruppo di lavoro sul biomonitoraggio</b> | <b>Report di attività del gruppo di lavoro sul biomonitoraggio</b> | <b>Protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale pubblicato</b> |

|  |   |   |  |  |             |
|--|---|---|--|--|-------------|
| <p>Azione 7.2.2<br/><b>Predisporre un piano pluriennale di sorveglianza epidemiologica delle patologie correlate a esposizioni ambientali</b></p> <p><i>Oc8.2 Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione</i></li> <li>▪ <i>il potenziamento della sorveglianza epidemiologica</i></li> </ul> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Ampliare le conoscenze epidemiologiche sugli effetti dei contaminanti ambientali (radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, rumore, sostanze chimiche di origine industriale ed agricola) in diverse matrici: aria, acqua, suolo</p>  | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.2</b> Approfondire la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pianificazione concordata delle attività di monitoraggio in campo ambientale;</li> <li>• definizione ed attuazione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale</li> </ul> |  |  |             |
|  | <p><b>Descrizione dell'azione</b><br/>Disponibilità di un piano pluriennale di sorveglianza epidemiologica in campo ambientale 2015-2018, con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stima di impatto complessivo, sia a breve sia a lungo termine, dell'inquinamento atmosferico;</li> <li>• utilizzo di sistemi veterinari di sorveglianza sindromica applicata alla mortalità generale o a indicatori di salute nelle popolazioni animali;</li> <li>• completamento degli studi epidemiologici sui siti contaminati di interesse regionale e provinciale, in collaborazione con IZS ed enti locali;</li> <li>• misura epidemiologica dei rischi legati alle emissioni inquinanti prioritarie in collaborazione con IZS ed enti locali;</li> <li>• valutazione epidemiologica dei rischi correlabili con esposizione a pesticidi in aree agricole, in coerenza con le azioni previste dal Piano d'Azione Nazionale sull'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari;</li> <li>• aggiornamento dell'Atlante Regionale Ambiente e Salute con mappatura dei livelli conosciuti di esposizione e dei rischi correlati.</li> </ul> |   |  |  |             |
|  | <p><b>Livello cui si colloca:</b> regionale</p>   |   |  |  |             |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |   |  |  |             |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |  |  |             |
|  |   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>  | <b>2017</b>  | <b>2018</b> |
| Pianificazione pluriennale della sorveglianza epidemiologica   | Esistenza di un documento di pianificazione   |   |  |  |             |
| Costituzione di un comitato scientifico di valutazione degli studi programmati   |   | Documento di costituzione di un comitato scientifico  |  |  |             |
| Disponibilità di un report annuale sugli studi effettuati in campo ambientale  |   |   | Report annuale studi effettuati                      | Report annuale studi effettuati                    |             |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Atlante regionale Ambiente Salute</b>  |   | <b>Pubblicazione prima parte Atlante Regionale</b>  | <b>Pubblicazione seconda parte Atlante Regionale</b> | <b>Pubblicazione terza parte Atlante Regionale</b> |             |

|  |  |   |  |   |                    |
|--|--|---|--|---|--------------------|
| <p>Azione 7.3.1<br/><b>Adottare documenti di indirizzo per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali</b></p> <p><i>Oc8.3 Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali</i></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Ottimizzare il contributo fornito da ASL e ARPA alla valutazione preventiva di impatto Ambiente Salute nell'ambito delle Conferenze dei Servizi</p>  |   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.3</b> Migliorare la valutazione dell'impatto ambiente-salute a livello locale</p> |   |                    |
|  | <p><b>Descrizione dell'azione</b><br/>Tenuto conto dell'esigenza, espressa dalle Regioni, di stimolare impostazioni comuni sulla problematica dell'impatto ambiente-salute, la Regione Piemonte parteciperà ai tavoli di lavoro nazionali con un proprio referente già riferimento regionale del progetto piemontese <i>Ambiente e Salute</i>. Nell'ambito del già citato progetto, era stata condotta un'analisi organizzativa delle risposte fornite dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle ASL regionali alle valutazioni di impatto nell'ambito delle Conferenze dei Servizi.<br/>Ad oggi la difficoltà oggettiva della materia e la contrazione delle risorse rappresentano criticità nell'attività ordinaria che ASL e ARPA svolgono, a supporto degli Enti, nella valutazione preventiva degli impatti sulla salute di tutte le modifiche ambientali soggette ad autorizzazione ed affrontate con lo strumento della Conferenza dei Servizi.<br/>Sviluppo dell'azione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• collaborazione con le Regioni per lo sviluppo di linee guida comuni;</li> <li>• predisposizione di un format regionale da fornire ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL per la raccolta dei dati di attività relativi alle valutazioni di impatto nell'ambito delle Conferenze dei Servizi;</li> <li>• elaborazione e presentazione dei dati di attività raccolti;</li> <li>• elaborazione di linee di indirizzo per regolare e standardizzare le modalità di partecipazione ASL e ARPA ai tavoli locali di valutazione di impatto ambiente-salute (commissioni/conferenze di servizio, ecc.);</li> <li>• recepimento delle linee di indirizzo nazionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprendano strumenti di supporto sia dei valutatori sia dei proponenti.</li> </ul> |   |  |   |                    |
|  | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e locale</p>   |   |  |   |                    |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |   |  |   |                    |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>      |  |   |                    |
|  |  | <p><b>2015</b></p>                                    | <p><b>2016</b></p>   | <p><b>2017</b></p>  | <p><b>2018</b></p> |
| <p>Partecipazione del referente alle riunioni interregionali</p>   | <p>Partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni</p>  | <p>Partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni</p> |  |   |                    |
| <p>Report sull'attività delle ASL nell'ambito della valutazione preventiva di impatto ambiente-salute</p>  |  | <p>Esistenza di un documento di sintesi</p>           |  |   |                    |
| <p>Disponibilità di un documento di indirizzo per la valutazione integrata ASL e ARPA dell'impatto ambiente salute ai tavoli locali</p>  |  |   | <p>Esistenza di un documento di indirizzo</p>  |   |                    |
| <p>Definizione di un atto di indirizzo regionale a supporto di valutatori e proponenti in recepimento delle linee guida nazionali</p>  |  |   |  | <p>Esistenza di atto di indirizzo regionale a supporto di valutatori e proponenti</p> |                    |

|  |  |                               |   |   |
|--|--|-------------------------------|---|---|
| <p>Azione 7.4.1<br/><b>Definire un percorso per lo sviluppo di un modello per la valutazione integrata degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti</b></p> <p><i>Oc8.4 Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti</i></p> | <b>Obiettivi dell'azione</b>   |                               | <b>OSR cui si riferisce:</b>  |   |
|  | Rendere sostenibile la gestione integrata delle istanze provenienti dalla popolazione su problematiche di tipo ambientale  |                               | <b>OSR 7.4</b> Migliorare la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti a livello locale |   |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b>   |                               |   |   |
|  | Le amministrazioni si trovano sempre più spesso ad affrontare l'allarme su problematiche ambientali vere o presunte. A fronte di attese sociali sempre più complesse, spesso emotivamente connotate o sproporzionate all'entità del problema, la risposta istituzionale può risultare difficile e distratta da altre funzioni.   |                               |   |   |
|  | Si tratterà pertanto di:   |                               |   |   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• raccogliere informazioni sulle casistiche delle istanze provenienti dalla popolazione e che pervengono alle ASL;</li> <li>• identificare un modello organizzativo minimo per la gestione integrata delle istanze provenienti dalla popolazione su problematiche di tipo ambientale che individui almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ definizione di caso/evento correlabile a problematiche ambientali;</li> <li>○ individuazione di compiti e responsabilità;</li> <li>○ ruolo dei servizi di II livello;</li> </ul> </li> <li>• identificare un modello organizzativo minimo per la gestione dei casi in emergenza;</li> <li>• sperimentare il modello organizzativo in alcune ASL;</li> <li>• elaborare un documento di indirizzo regionale.</li> </ul> |                               |   |   |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e locale  |                               |   |   |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |                               |   |   |
| <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |                               |   |   |
|  | <b>2015</b>  | <b>2016</b>                   | <b>2017</b>   | <b>2018</b>   |
| Disponibilità di format per la raccolta di casistiche  | Esistenza di format regionale  |                               |   |   |
| Disponibilità di un documento sull'organizzazione minima per la gestione delle problematiche ambientali a livello locale   |  | Esistenza di bozza di modello |   |   |
| Sperimentazione del modello in alcune ASL  |  |                               | Sperimentazione in almeno tre ASL su dodici   |   |
| Definizione di modello organizzativo minimo per la gestione locale delle istanze provenienti dalla popolazione   |  |                               |   | Esistenza di atto di indirizzo per la gestione locale delle istanze provenienti dalla popolazione |

|   |  |   |   |  |                    |
|---|--|---|---|--|--------------------|
| <p>Azione 7.5.1<br/><b>Definire un piano di formazione per gli operatori sanitari e dell'ambiente</b></p> <p><i>Oc8.5 Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio</i></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Aggiornamento degli operatori sui temi della epidemiologia ambientale e della valutazione d'impatto sulla salute (VIS)</p>   |   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.5</b> Formare gli operatori della sanità e dell'ambiente sui temi dell'impatto ambiente salute</p> |  |                    |
|   | <p><b>Descrizione dell'azione</b><br/>Tenuto conto dell'esigenza, espressa dalle Regioni, di stimolare impostazioni comuni sulla problematica dell'impatto ambiente-salute e di sviluppare modelli formativi che tengano conto della proposta espressa dall'Associazione Italiana di Epidemiologia sui temi della epidemiologia ambientale e VIS, la Regione Piemonte svilupperà l'azione attraverso le seguenti tappe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• partecipazione ai tavoli di lavoro promossi a livello centrale;</li> <li>• definizione del target intermedio (formatori) e finale (operatori della sanità e dell'ambiente);</li> <li>• definizione di piano di formazione in coerenza con le indicazioni nazionali;</li> <li>• adesione a corsi nazionali per formatori;</li> <li>• realizzazione di corsi a livello locale.</li> </ul> |   |   |  |                    |
|   | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e locale</p>   |   |   |  |                    |
|   | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |   |   |  |                    |
|   | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>      |   |  |                    |
|   |  | <p><b>2015</b></p>                                    | <p><b>2016</b></p>  | <p><b>2017</b></p>   | <p><b>2018</b></p> |
|   | <p>Partecipazione del referente alle riunioni interregionali</p>   | <p>Partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni</p> | <p>Partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni</p>   |  |                    |
| <p>Atto di recepimento del curriculum formativo redatto a livello nazionale</p>   |  | <p>Evidenza dell'atto di recepimento</p>              |   |  |                    |
| <p>Adesione al corso nazionale di formazione per formatori</p>  |  |   | <p>Partecipazione al corso nazionale secondo le indicazioni pervenute</p>   |  |                    |
| <p>Proporzione di operatori formati</p>   |  |   |   | <p>Proporzione di operatori della sanità e dell'ambiente formati <math>\geq</math> 50%</p> |                    |

|   |   |   |   |   |             |
|---|---|---|---|---|-------------|
| Azione 7.6.1<br><b>Sviluppare competenze per la comunicazione del rischio</b><br><br><i>Oc8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico</i> | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Saper comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico   |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br><b>OSR 7.6</b> Adeguare il modello di comunicazione del rischio alle linee di indirizzo nazionali |   |             |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Per dare attuazione ad una comunicazione del rischio strutturata e sistematica è necessario adottare una strategia nazionale coordinata e lo stesso indicatore centrale individuato dal PNP raccomanda il recepimento di linee guida nazionali.<br>Il referente regionale di cui alle azioni precedenti si incaricherà di tenere i rapporti con il livello centrale e le altre Regioni allo scopo di contribuire al dibattito nazionale e recepire tempestivamente documenti o atti di indirizzo. |   |   |   |             |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale  |   |   |   |             |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2016-2018   |   |   |   |             |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                                   |   |   |             |
|   |   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
| Partecipazione del referente alle riunioni convocate dal livello centrale   |   | Partecipazione del referente ad almeno il 50% delle riunioni interregionali | Partecipazione del referente ad almeno il 50% delle riunioni interregionali   | Partecipazione del referente ad almeno il 50% delle riunioni interregionali |             |
| Atto formale di recepimento delle linee guida ministeriali  |   |   |   | Esistenza di atto formale di recepimento                                    |             |



|  |   |  |   |  |                                 |
|--|---|--|---|--|---------------------------------|
| <p>Azione 7.7.1<br/><b>Attuare programmi di controllo in materia di REACH/CLP con individuazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio delle situazioni di non conformità</b></p> <p><i>Oc8.7 Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi</i></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Migliorare la sicurezza chimica della popolazione e dei lavoratori con la verifica del rispetto dei regolamenti REACH/CLP</p>   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.7.</b> Predisporre programmi di controllo in materia di REACH/CLP ed individuare indicatori</p> |   |  |                                 |
|  | <p><b>Descrizione dell'azione</b><br/>Al fine di migliorare la qualità dei controlli e promuovere la sicurezza nella produzione e nell'uso dei prodotti chimici il Comitato Tecnico Coordinamento in materia di REACH/CLP, con il supporto Nucleo Tecnico Regionale Reach/CLP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• predisporre e attuare il Piano Regionale dei Controlli annuale, nel rispetto delle indicazioni del Piano Nazionale dei Controlli annuale;</li> <li>• sviluppare l'attuale modello organizzativo (governo di sistema) che: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ individuare le risorse necessarie in termini di tempo-operatori e attrezzature;</li> <li>○ regolamentare i flussi informativi fra la Regione ed i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL precisando compiti e responsabilità;</li> </ul> </li> <li>• redigere procedure e linee guida regionali per: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la segnalazione e la gestione delle criticità riscontrate dai servizi ASL/ARPA nel corso delle attività di vigilanza;</li> <li>○ la standardizzazione operativa delle attività (audit);</li> </ul> </li> <li>• individuare i bisogni formativi per redigere un piano di formazione finalizzato all'applicazione dei regolamenti REACH/CLP;</li> <li>• predisporre un sistema di indicatori finalizzato al monitoraggio delle performance e alla segnalazione di situazioni di non conformità provenienti dalle altre Regioni, dall'Autorità Competente Nazionale o da altri Stati Membri;</li> <li>• sviluppare una valutazione di fattibilità della parziale riconversione del laboratorio ARPA-Polo Alimenti finalizzata all'esecuzione di analisi chimiche su matrici non alimentari in ambito REACH/CLP (nel rispetto delle indicazioni del Ministero della Salute).</li> </ul> |  |   |  |                                 |
|  | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale</p>   |  |   |  |                                 |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |  |   |  |                                 |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |   |  |                                 |
|  |   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>   | <b>2017</b>  | <b>2018</b>                     |
|  | <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/><b>Documento di formalizzazione annuale del Piano Regionale dei Controlli REACH-CLP</b></p>  | <b>1 documento formalizzato</b>  | <b>1 documento formalizzato</b>                               | <b>1 documento formalizzato</b>                          | <b>1 documento formalizzato</b> |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/><b>Numero di controlli effettuati su quanti previsti nel Piano Regionale per le attività di controllo</b></p>   | <b>≥ 80%</b>  | <b>≥ 80%</b>   | <b>≥ 80%</b>  | <b>≥ 80%</b>   |                                 |
| <p>N. di controlli effettuati su segnalazioni di non conformità pervenute nell'anno da ECHA o da Autorità Competente Nazionale</p>   | ≥ 80%   | ≥ 80%  | ≥ 80%   | ≥ 80%  |                                 |
| <p>Esistenza di un sistema di indicatori documentato e monitorato</p>  |   | Report delle tipologie di segnalazione di non conformità ricevute negli anni 2014-2015   | Disponibilità di bozza di documento sul sistema di indicatori | Atto di approvazione regionale del sistema di indicatori |                                 |

|  |  |   |   |   |             |
|--|--|---|---|---|-------------|
| <p>Azione 7.8.1<br/><b>Realizzare iniziative di formazione degli operatori sul tema della sicurezza chimica</b></p> <p><i>Oc8.8 Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche</i></p> <p><i>Oc7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali</i></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Aumentare la conoscenza e la consapevolezza in tema di sicurezza chimica</p>   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.8.</b> Sviluppare adeguate conoscenze tra tutti gli operatori dei servizi pubblici interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche</p> |   |   |             |
|  | <p><b>Descrizione dell'azione</b><br/>Il problema della sicurezza chimica è ampio e trasversale e interessa le attività quotidiane dei servizi di prevenzione più capillarmente ed estensivamente rispetto ai programmi di controllo in ambito REACH/CLP. Questa azione, pertanto, interseca e completa anche gli obiettivi di altre azioni del presente piano.<br/>Si tratterà di redigere e attuare un piano pluriennale di formazione definendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• destinatari: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione;</li> <li>○ operatori ARPA e IZS;</li> <li>○ altri operatori di servizi pubblici;</li> </ul> </li> <li>• contenuti: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ bisogni formativi specifici;</li> <li>○ sicurezza chimica in ambito lavorativo ed extralavorativo;</li> <li>○ elementi di interesse trasversale rispetto ad altre normative di settore (cosmetici, biocidi, ecc.).</li> </ul> </li> </ul> |   |   |   |             |
|  | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e locale</p>   |   |   |   |             |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2016-2018</p>   |   |   |   |             |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |   |   |             |
|  |  | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>   | <b>2018</b> |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/><b>Realizzazione corso formazione per ispettori REACH/CLP</b></p>   | <b>Almeno un corso effettuato a livello regionale</b>  | <b>Almeno un corso effettuato a livello regionale</b>   | <b>Almeno un corso effettuato a livello regionale</b> | <b>Almeno un corso effettuato a livello regionale</b> |             |
| <p>Predisposizione di un piano di formazione</p>   |  |   | Piano disponibile                                     |   |             |
| <p>Realizzazione di corsi di formazione per formatori</p>  |  |   |   | Almeno un corso effettuato a livello regionale        |             |

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p>Azione 7.9.1<br/><b>Definire ed approvare il nuovo Piano Regionale Amianto</b></p> <p><i>Oc8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione</i></p> <p><i>Oc7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP</i></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Definire un forte strumento programmatico che consenta di elaborare ed attuare un insieme sinergico di attività, sia sul piano ambientale che su quello sanitario, in grado di minimizzare l'impatto sulla salute della presenza sul territorio di amianto naturale e di materiali contenenti amianto.</p>  |  | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.9.</b> Realizzare un registro di lavoratori ex esposti all'amianto e definire un protocollo e dei programmi di sorveglianza sanitaria</p> <p><b>OSR 7.10.</b> Definire e realizzare un insieme sinergico di attività, sia sul piano ambientale che su quello sanitario, in grado di minimizzare l'impatto sulla salute della presenza sul territorio di amianto naturale e di materiali contenenti amianto</p> |   |
|   | <p><b>Descrizione dell'azione</b><br/>L'art. 7 della LR 30/2008, prevede che "La Giunta regionale, a seguito di un ampio coinvolgimento di tutti i soggetti territorialmente interessati, [...] sentito il Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto ed anche avvalendosi dell'Agenzia regionale di protezione ambientale (ARPA), presenti al Consiglio regionale per l'approvazione il piano regionale amianto (PRA)".<br/>L'azione in oggetto ha quindi il fine di ottemperare alla legge regionale e, di conseguenza, influire positivamente sulla salute della popolazione piemontese. Il PRA coinvolge tutti i gruppi di popolazione, pur con un'attenzione particolare per i soggetti potenzialmente più esposti, quali, ad esempio, gli addetti alle rimozioni. Esso si caratterizza per una forte interdisciplinarietà, coinvolge infatti il mondo della sanità, nelle diverse componenti epidemiologiche, cliniche e di prevenzione, e il comparto ambientale, con un forte ruolo dell'ARPA regionale. La stesura e l'attuazione del PRA necessitano inoltre di un ampio coinvolgimento di numerosi stakeholders: enti locali, associazioni familiari vittime amianto, associazioni sindacali, comitati di cittadini, ecc.<br/>Un capitolo del PRA sarà esplicitamente dedicato alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti o che sono stati esposti all'amianto, che prevede come prima fase la costruzione di liste di ex esposti da parte del Registro dei Mesoteliomi Maligni del Piemonte (COR).</p> |  |   |   |
|   | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e locale.</p>   |  |   |   |
|   | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |  |   |   |
|   | <p><b>Indicatori di processo</b></p>  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p> |   |   |
| <p><b>2015</b></p>  |   | <p><b>2016</b></p>                               | <p><b>2017</b></p>  | <p><b>2018</b></p>  |
| <p>Approvazione del PRA tramite Deliberazione di Giunta Regionale</p>   | <p>Esistenza della bozza di PRA</p>   | <p>Documento di approvazione del PRA</p>         |   |   |
| <p>Esistenza presso il COR Piemonte del registro dei lavoratori ex esposti all'amianto</p>  |   |  | <p>Definizione del documento di indirizzo con le modalità di costruzione del registro</p>   | <p>Report descrittivo dei dati esistenti presso il COR Piemonte</p> |

|   |  |   |   |   |                    |
|---|--|---|---|---|--------------------|
| <p>Azione 7.11.1<br/><b>Promuovere buone pratiche per la tutela della salute in ambiente indoor, e mappare il rischio radon.</b></p> <p><i>Oc8.10<br/>Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione e/o ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon.</i></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Disporre di linee di indirizzo per la costruzione e/o ristrutturazione di edifici in chiave di salubrità ed eco-compatibilità.<br/>Riorientare l'utilizzo delle risorse umane dei Servizi ASL alla luce dell'efficacia</p>   |   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.11.</b> Promuovere buone pratiche in materia di sicurezza e qualità dell'ambiente indoor anche in relazione al rischio radon</p> |   |                    |
|   | <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarà aggiornata la mappa regionale del rischio radon, a cura di ARPA, da utilizzare per orientare i regolamenti edilizi.</li> <li>• A livello regionale, sarà costituito un tavolo di lavoro con portatori di interesse (Università, Ordini e Collegi Professionali, Settori regionali competenti, ecc.) al fine di concordare strategie e strumenti utili ad orientare la costruzione/ristrutturazione di edifici al benessere degli occupanti ed alla sostenibilità ambientale.</li> <li>• Saranno quindi redatti documenti di indirizzo per la costruzione/ristrutturazione di edifici, in chiave eco-compatibile.</li> <li>• Nel 2014 è stato dato nuovo impulso al progetto <i>Prevenzione Efficace</i>, allo scopo di affrancare i Servizi di Prevenzione, in particolare i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, dal retaggio di norme anacronistiche. Per il prossimo periodo si prevede di proseguire le attività.</li> <li>• La Regione Piemonte, infine, parteciperà con un suo rappresentante ai lavori del gruppo di studio Nazionale "Inquinamento indoor".</li> </ul> |   |   |   |                    |
|   | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale</p>  |   |   |   |                    |
|   | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |   |   |   |                    |
|   | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>                              |   |   |                    |
|   |  | <p><b>2015</b></p>  | <p><b>2016</b></p>  | <p><b>2017</b></p>  | <p><b>2018</b></p> |
|   | <p>Mappatura regionale del rischio radon a cura di ARPA</p>  |   |   | <p>Aggiornamento della mappatura esistente</p>  |                    |
| <p>Costituzione di un tavolo di lavoro regionale con portatori di interesse</p>   |  | <p>Evidenza di almeno un verbale di riunione con i portatori di interesse</p> |   |   |                    |
| <p>Disponibilità di documenti di revisione / rimodulazione di pratiche obsolete</p>   | <p>Evidenza di almeno 1 documento di revisione / rimodulazione di pratiche obsolete</p>  |   | <p>Evidenza di almeno 1 documento di revisione / rimodulazione di pratiche obsolete</p>   |   |                    |
| <p>Predisposizione di linee di indirizzo per la costruzione/ristrutturazione di edifici in chiave eco-compatibile</p>   |  |   |   | <p>Disponibilità di 1 linea di indirizzo per la costruzione/ristrutturazione di edifici</p> |                    |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| Azione 7.12.1<br><b>Definire un pacchetto formativo sull'uso della telefonia cellulare destinato alla fascia di età pediatrica</b><br><br><i>Oc8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare</i> | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Sensibilizzare la popolazione pediatrica sul corretto uso della telefonia cellulare  |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br><b>OSR 7.12.</b> Sensibilizzare la popolazione pediatrica sul corretto uso della telefonia cellulare |   |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Validazione da parte di ARPA di un'applicazione per telefono cellulare finalizzata alla misurazione del livello dell'intensità di esposizione.</li> <li>Definizione dei target intermedi e finali di interventi di promozione della salute sul corretto uso di telefoni cellulari in età pediatrica.</li> <li>Analisi dei bisogni di conoscenza.</li> <li>Definizione di un pacchetto formativo da inserire nel catalogo annuale di offerta formativa di promozione della salute nelle scuole. Si identifica come popolazione target quella in età pediatrica, valutata la maggiore vulnerabilità dei tessuti cerebrali in età evolutiva.</li> </ul> |   |  |   |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e locale  |   |  |   |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2016-2018  |   |  |   |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>                 |  |   |
| <b>2015</b>  |  | <b>2016</b>   | <b>2017</b>  | <b>2018</b>   |
| Validazione di un'applicazione per telefono cellulare  |  | Disponibilità di app validata su S.O. Android e Apple     | Report sull'uso del telefono cellulare su un campione di età 0-14 anni   |   |
| Disponibilità di pacchetto formativo   |  | Evidenza di un documento di analisi dei bisogni formativi | Esistenza di un pacchetto formativo  | Sperimentazione del pacchetto formativo in almeno 1 ASL |

|   |   |  |  |  |                    |
|---|---|--|--|--|--------------------|
| <p>Azione 7.13.1<br/><b>Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV attraverso la vigilanza e l'informazione</b></p> <p><i>Oc8.12 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani ed i giovanissimi ed i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV</i></p> <p><i>Oc7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP</i></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Garantire la prosecuzione delle attività di vigilanza presso i centri di estetica/solarium ed attuare un programma di comunicazione anche utilizzando i risultati ottenuti nell'ambito delle attività di controllo.</p>   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/><b>OSR 7.13.</b> Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV di origine artificiale attraverso la vigilanza e la sensibilizzazione della popolazione</p> |  |  |                    |
|   | <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>Definizione con la Struttura specializzata di ARPA Piemonte di un programma quadriennale di controllo delle apparecchiature per l'abbronzatura artificiale presso esercizi di estetica/solarium.</p> <p>I risultati dell'attività di controllo saranno sintetizzati in un report annuale che sarà utilizzato nell'ambito della campagna di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione interessata, segnatamente utenti (soprattutto di età giovanile) degli esercizi di estetica/solarium.</p> <p>Il rischio di esposizione professionale a radiazioni ultraviolette sarà inserito fra gli argomenti di informazione e formazione offerta ai medici competenti e agli specialisti ospedalieri al fine di favorire l'emersione dei tumori occupazionali.</p> |  |  |  |                    |
|   | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e locale</p>  |  |  |  |                    |
|   | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |  |  |  |                    |
|   | <p><b>Indicatori di processo</b></p>  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>   |  |  |                    |
|   |   | <p><b>2015</b></p>   | <p><b>2016</b></p>                           | <p><b>2017</b></p>                                   | <p><b>2018</b></p> |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/><b>N. di interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti/n. di interventi di controllo programmati</b></p>   | <p><b>11/12</b></p>   | <p><b>11/12</b></p>  | <p><b>11/12</b></p>                          | <p><b>11/12</b></p>                                  |                    |
| <p>Redazione di report annuale sull'attività svolta</p>   |   | <p>Evidenza del documento</p>  | <p>Evidenza del documento</p>                | <p>Evidenza del documento</p>                        |                    |
| <p>Disponibilità di un pacchetto formativo per la popolazione giovanile</p>   |   |  | <p>Esistenza di un pacchetto informativo</p> | <p>Sperimentazione del pacchetto in almeno 1 ASL</p> |                    |

**PROGRAMMA 8**

**PREVENZIONE E CONTROLLO  
DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI**

| Macro obiettivi   | Obiettivi centrali  | Obiettivi specifici regionali  | Indicatore OSR   | Standard OSR  |
|---|---|--|--|---|
| <b>MO 9</b><br>Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie | <b>OC 9.1</b> Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie  | <b>OSR 8.1</b> Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie  | <b>Indicatore OSR 8.1</b> Proporzione di casi di morbillo e rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio  | <b>Standard OSR 8.1</b><br>82,1   |
|   | <b>OC 9.2</b> Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi anche mediante sistemi di allerta precoce  | <b>OSR 8.2</b> Rendere più efficiente l'attivazione delle attività di controllo per alcune malattie infettive comprese le zoonosi e le MTA                             | <b>Indicatore OSR 8.2</b> Integrazione nella piattaforma web di segnalazione di un sistema automatizzato di avviso/alert via mail per i referenti regionali e locali dei sistemi di sorveglianza | <b>Standard OSR 8.2</b><br>Sì   |
|   | <b>OC 9.3</b> Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive in modo interoperabile   | <b>OSR 8.3</b> Consolidare il sistema informativo regionale delle malattie infettive   | <b>Indicatore OSR 8.3</b> Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive  | <b>Standard OSR 8.3</b><br>100%   |
|   | <b>OC 9.4</b> Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte di operatori sanitari   | <b>OSR 8.4</b> Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte di operatori sanitari   | <b>Indicatore OSR 8.4</b> Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi eziologica    | <b>Standard OSR 8.4</b><br>73   |
|   | <b>OC 9.5</b> Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata   | <b>OSR 8.5</b> Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive quali Tubercolosi e infezione da HIV e IST   | <b>Indicatori OSR 8.5</b> Proporzione di casi di TB polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up<br>Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter           | <b>Standard OSR 8.5</b><br>13<br>53   |
|   | <b>OC 9.6</b> Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati             | <b>OSR 8.6</b> Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati             | <b>Indicatore OSR 8.6</b> Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata   | <b>Standard OSR 8.6</b><br>100%   |
|   | <b>OC 9.7</b> Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio                                    | <b>OSR 8.7</b> Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio                                    | <b>Indicatori OSR 8.7</b> Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status<br>Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti                 | <b>Standard OSR 8.7</b><br>V. dettaglio nel Piano di monitoraggio e valutazione |
|   | <b>OC 9.8</b> Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione | <b>OSR 8.8</b> Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione | <b>Indicatore OSR 8.8</b> Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole            | <b>Standard OSR 8.8</b><br>Sì   |
|   | <b>OC 9.9</b> Predisporre piani nazionali condivisi tra i diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive                    | <b>OSR 8.9</b> Aggiornamento del Piano regionale delle emergenze infettive nell'ambito della definizione del piano delle emergenze regionale                           | <b>Indicatore OSR 8.9</b> Esistenza del Piano regionale delle emergenze infettive  | <b>Standard OSR 8.9</b><br>Sì   |
|   | <b>OC 9.10</b> Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi   | <b>OSR 8.10</b> Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi   | <b>Indicatore OSR 8.10</b> Proporzione di ASR in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE  | <b>Standard OSR 8.10</b><br>100%  |
|   | <b>OC 9.11</b> Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale  | <b>OSR 8.11</b> Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale sia in medicina umana che veterinaria  | <b>Indicatore OSR 8.11</b> Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle ASR   | <b>Standard OSR 8.11</b><br>Sì  |
|   | <b>OC 9.12</b> Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso di antibiotici   | <b>OSR 8.12</b> Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso di antibiotici con azioni coordinate in medicina umana e veterinaria                     | <b>Indicatore OSR 8.12</b> Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici                                    | <b>Standard OSR 8.12</b><br>Sì  |
|   | <b>OC 9.13</b> Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza   | <b>OSR 8.13</b> Consolidare il programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza  | <b>Indicatore OSR 8.13</b> Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le ASR   | <b>Standard OSR 8.13</b><br>Sì  |



## Quadro strategico, profilo di salute e trend dei fenomeni

La lotta alle malattie infettive rappresenta tutt'oggi un importante capitolo nell'ambito della prevenzione, controllo e cura delle malattie e della promozione della salute.

Le interazioni tra agenti infettivi, biologia umana e degli animali, ambienti sociali e culturali, assetti economici e commerciali, clima e ambiente producono continue trasformazioni, fragilità e adattamenti.

Da questa complessità e trasformazione continua emergono quadri epidemiologici anch'essi variabili nel tempo e nello spazio e ne consegue la necessità di un costante adattamento, "evoluzione" degli strumenti di conoscenza, intervento e organizzazione necessari per la tutela e la promozione della salute.

In particolare i dati dei sistemi di sorveglianza del Piemonte confermano che è essenziale dotarsi di una programmazione regionale strutturata che garantisca una risposta efficace considerando:

- il potenziale epidemico di alcune patologie infettive;
- il ruolo degli animali, domestici e selvatici, quale serbatoio di agenti infettivi in grado di passare dall'animale all'uomo;
- il rischio di emergenza e/o riemergenza di malattie infettive anche in riferimento alla diffusione delle antibioticoresistenze;
- l'importanza di un'identificazione precoce di alcuni agenti infettivi per mettere in atto le misure di controllo e ridurre i rischi di complicazioni;
- la disponibilità di vaccini efficaci per il controllo, eliminazione, eradicazione di malattie vaccino-prevenibili.

Di seguito sono illustrate sinteticamente l'epidemiologia, le principali strategie regionali e gli elementi organizzativi attualmente presenti in Piemonte relativi a ad alcune patologie di particolare rilievo o a tipologie di intervento di prevenzione e controllo.

### Malattie prevenibili da vaccino

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. La prevenzione delle malattie infettive è un diritto di tutte le persone presenti sul territorio piemontese e deve essere assicurata superando le differenze ancora presenti.

I dati di incidenza delle malattie e di copertura vaccinale evidenziano differenze tra le varie aree della regione. Inoltre, molte persone ad alto rischio per malattie prevenibili con vaccinazione non sono adeguatamente raggiunte dall'offerta di vaccinazione. L'eliminazione delle differenze nella protezione verso queste malattie costituisce una priorità per garantire gli obiettivi di salute individuati dalla programmazione regionale.

Per questo il Piano Piemontese di Prevenzione Vaccinale (PPPV) 2013-2015, approvato con DGR n. 17-6183 del 29 luglio 2013 condivide gli obiettivi indicati dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014, che stabilisce come obiettivo generale l'armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire equità nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione superando i ritardi e le insufficienze presenti e assicurando parità di accesso alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini.

Tra gli obiettivi specifici stabilisce obiettivi vaccinali da raggiungere nella popolazione generale e nei gruppi a rischio, obiettivi che costituiscono impegno prioritario per tutte le Regioni e PPAA, diritto esigibile per tutti i cittadini, e che verranno verificati annualmente nell'ambito del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Al momento le vaccinazioni prioritarie, attivamente offerte in Piemonte, coincidono esattamente con quelle indicate dal PNPV 2012-2014.

Gli obiettivi di prevenzione del PNPV e del PPPV riguardano anche la realizzazione e il potenziamento delle attività di sorveglianza e il completamento dei sistemi informativi per il monitoraggio dell'offerta vaccinale.

In particolare sarà necessario potenziare la sorveglianza delle malattie batteriche invasive (che pur essendo poco frequenti nella nostra regione mostrano però elevata letalità) estendendone il perimetro per ricomprendere anche le principali sepsi (indipendentemente dall'esistenza di vaccini). Il sistema consente di monitorare l'impatto delle attività vaccinali sull'occorrenza delle infezioni identificando eventuali variazioni della distribuzione dei sierotipi.

## **Infezioni correlate all'assistenza e antibioticoresistenze**

Tra le malattie trasmissibili, quelle che si verificano durante le pratiche assistenziali hanno uno degli impatti maggiori sulla salute. La complessità dell'organizzazione e degli interventi necessari per la prevenzione e il controllo ha contribuito a livello nazionale a rendere difficile l'adozione di politiche omogenee e a generare un quadro organizzativo frammentato. Nella nostra regione l'attività è gestita tramite una rete ospedaliera dedicata al controllo delle infezioni ospedaliere e un gruppo di lavoro regionale che garantisce la continuità degli interventi negli ospedali e il coordinamento delle loro attività sulla base delle indicazioni e obiettivi internazionali. Questa rete e il gruppo di lavoro, a causa della generale riduzione delle risorse umane ed economiche, cominciano a evidenziare criticità che pongono talvolta a rischio la continuità delle attività.

Una forte attenzione dovrebbe essere riservata al problema delle resistenze agli antibiotici, che rischia di diventare per il prossimo futuro una grave emergenza. Il problema in Italia ha ormai travalicato il contesto delle infezioni ospedaliere e quello più ampio delle infezioni correlate all'assistenza. Le politiche indicate per il contenimento e prevenzione del problema coinvolgono tutti gli ambiti della sanità umana e veterinaria, passando per l'ambiente e interessando anche il tema della educazione del cittadino all'uso degli antibiotici.

È ormai senso comune che le valutazioni e indicazioni nazionali e internazionali siano concordi sulla necessità di un rapido potenziamento e sviluppo delle attività di sorveglianza e prevenzione in queste aree e la realizzazione di forti politiche di coordinamento tra tutti i servizi sanitari, comprendendo ma non esaurendosi in quelli direttamente dedicati all'assistenza per acuti.

Come per le altre attività dedicate alla prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili, è prioritario il mantenimento delle attività regionali svolte dalla rete del rischio infettivo correlato all'assistenza in ambito ospedaliero.

A questo si affianca nell'immediato la necessità dell'integrazione e coordinamento delle attività di questa rete con le reti sanitarie territoriali, attualmente poco sviluppate sul tema delle infezioni correlate all'assistenza e antibioticoresistenze.

Tra le specifiche attività rientra la sorveglianza delle antibioticoresistenze verso i carbapenemici, realizzata in collaborazione con le Unità di Prevenzione del Rischio Infettivo degli ospedali del SSR tramite un sistema informatizzato.

## **Infezioni sessualmente trasmesse e HIV**

In Piemonte il peso complessivo delle infezioni sessualmente trasmesse, compresa l'infezione da HIV, è tale da far rientrare la loro prevenzione e controllo a pieno titolo tra i problemi di sanità pubblica su cui è fondamentale intervenire.

In Piemonte più di 3000 persone all'anno ricevono una diagnosi di infezione sessualmente trasmessa e circa 300 piemontesi scoprono di aver contratto l'infezione da HIV (tra questi è ancora molto alto il numero di persone che arrivano tardi alla diagnosi quando il sistema immunitario è già compromesso o addirittura quando si è già sviluppata la malattia AIDS).

Dal primi anni Duemila è attiva in Piemonte una rete, composta da 9 Centri, che garantisce un'efficace azione di contrasto alla diffusione delle infezioni sessualmente trasmesse attraverso lo svolgimento di attività di sorveglianza, prevenzione, diagnosi e cura delle IST in modo omogeneo e adottando protocolli di diagnosi e trattamento raccomandati a livello internazionale.

Per quanto riguarda la lotta all'HIV, come raccomandato a livello internazionale (OMS, UNAIDS), si confermano azioni essenziali la sensibilizzazione della popolazione generale sull'importanza della salute sessuale e del suo valore in termini di benessere e qualità di vita; l'attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria mirati ai gruppi bersaglio a maggior rischio; garantire un trattamento tempestivo, corretto e completo in modo omogeneo e accessibile su tutto il territorio regionale per il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico di una carica virale sotto la soglia misurabile nei pazienti HIV positivi in trattamento.

## **Tubercolosi**

L'incidenza della TB nella nostra regione è paragonabile a quella dei paesi a bassa endemia tubercolare.

Negli ultimi 15 anni si è registrato un lieve calo dell'incidenza della malattia e la riduzione ha riguardato anche le persone straniere. Oltre un terzo dei casi riguarda persone che vivono nella città di Torino.

In Piemonte gli interventi attuati per la prevenzione, il controllo e cura della tubercolosi permettono di mantenere relativamente bassa l'incidenza della malattia. Per ridurre ulteriormente la sua diffusione e per

limitare il rischio di una sua recrudescenza è essenziale potenziare la tempestività della diagnosi, l'accesso alle cure, il trattamento dei casi e gli interventi utili per ridurre la perdita dei pazienti durante la fase terapeutica, garantire qualità ed efficacia degli interventi di prevenzione e controllo condotti dalla sanità pubblica per interrompere la catena di contagio.

### **Malattie da importazione**

La malaria rappresenta la malattia di importazione più importante e frequente e costituisce il principale rischio per i viaggiatori che visitano i paesi tropicali e subtropicali dove la malaria è endemica. Negli ultimi 20 anni ha manifestato inizialmente una significativa crescita di casi (principalmente nei cittadini stranieri) e una successiva diminuzione (soprattutto nei cittadini italiani).

Le azioni di prevenzione sono svolte principalmente tramite una rete di centri di medicina dei viaggi internazionali e sono volte ad accrescere la consapevolezza del rischio malarico e delle possibilità di profilassi dei viaggiatori.

### **Malattie zoonosiche**

Lo stretto inscindibile rapporto che esiste tra uomo, animali ed ambiente consente alla medicina veterinaria di disporre di dati, di casi studio e di spunti di ricerca che forniscono informazioni e modelli utili per il medico di medicina umana.

È riconosciuto il ruolo svolto dagli animali quale serbatoio di alcuni agenti infettivi che possono passare all'uomo. Per quanto riguarda le malattie trasmesse da vettori, da alcuni anni, vengono svolte in Piemonte, in coordinamento con altre strutture ed enti coinvolti, azioni per l'integrazione delle attività di sorveglianza e prevenzione dell'introduzione di arbovirus nel nostro territorio (monitoraggi, identificazione dei punti a rischio, disinfestazioni mirate) allo scopo di valutare i rischi di diffusione e su quella base adeguare il sistema di sorveglianza e l'attuazione delle misure di prevenzione previste. In particolare viene realizzato un monitoraggio entomologico per individuare la presenza del virus WN nelle zanzare, un monitoraggio veterinario per la diagnosi di eventuali casi nei cavalli e la sorveglianza delle forme umane più gravi.

Nel corso del 2014, a causa del riscontro di presenza virale segnalato dalla sorveglianza virologica nei vettori catturati in provincia di Alessandria, sono state attivate le misure di prevenzione su tutte le donazioni per garantire la sicurezza del sangue, degli emocomponenti e dei trapianti in quest'area territoriale.

Sono previsti programmi di sorveglianza veterinari mirati sulle malattie zoonotiche emergenti degli animali da affezione (eccetto la rabbia) e degli animali selvatici.

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva

La programmazione delle attività realizzate in Piemonte per la lotta alle malattie infettive è orientata sia alla prevenzione e al controllo di singole patologie infettive sia allo sviluppo e al miglioramento delle azioni di sorveglianza epidemiologica, per evidenziare l'emergere di nuovi problemi e verificare l'efficacia delle azioni di controllo, sia in campo medico che veterinario.

Le azioni di prevenzione e di controllo sono programmate in modo da corrispondere agli obiettivi indicati dagli atti di pianificazione regionale e nazionale, mentre le azioni di sorveglianza epidemiologica sono coerenti agli indirizzi scientifici internazionali in modo da poter utilizzare le informazioni per alimentare il sistema integrato europeo di sorveglianza delle malattie infettive.

Le attività di sviluppo e manutenzione dei sistemi informativi dedicati permettono l'integrazione dei dati regionali provenienti dal sistema di notifica obbligatoria e da altri numerosi sistemi di sorveglianza con quelli provenienti da altre banche dati sanitarie, rendendo possibili analisi finalizzate alla programmazione degli interventi sanitari.

### Monitoraggio e contrasto disuguaglianze

Allo stesso tempo, i comportamenti umani e le scelte in ambito di prevenzione possono sia contribuire alla diffusione degli agenti infettivi, sia aumentare la vulnerabilità di alcune sacche di popolazione al contatto e/o al danno da infezione. In Piemonte, dall'analisi dei dati della sorveglianza ISTAT Multiscopo Salute 2013, emerge che per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale, la frazione di prevalenza di non-vaccinazione attribuibile alle disuguaglianze (FADS) è del -18% negli uomini e del 12% nelle donne. Questo significa che il livello di protezione dei soggetti a rischio di esiti gravi è a svantaggio delle donne con uno status sociale più basso e degli uomini con uno status sociale più alto. Allo stesso tempo, da letteratura emerge come le fasce più istruite di popolazione tendano ad astenersi dal vaccinare i propri figli, come i migranti faticano ad accedere al servizio, e come i soggetti in condizioni di svantaggio siano frequentemente portatori di patologie infettive croniche. Gli approcci di prevenzione dovranno perciò essere tarati diversamente in base alle persone che si intende raggiungere. La comunicazione dell'importanza della prevenzione e del rischio associato a malattia rivestirà dunque un ruolo fondamentale, come anche il coinvolgimento degli operatori del settore sia in termini di formazione specifica, sia di operatività sul territorio. A tal proposito, tutte le azioni previste dal programma saranno sottomesse entro il 2015 ad un esercizio rapido di *health equity audit* per identificare se ci sono esigenze di miglioramento dell'allocazione degli interventi per venire incontro alla distribuzione sociale del rischio. Le azioni che risulteranno più promettenti dal punto di vista di guadagno sulle disuguaglianze, in particolare l'offerta vaccinale, saranno sottomesse ad un *health equity audit* più approfondito che si preoccuperà non solo di revisionare e correggere l'allocazione degli interventi in funzione del rischio, ma anche di revisionare l'efficacia attesa degli interventi per le diverse categorie di vulnerabilità sociale delle rispettive popolazioni bersaglio.

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Azione 8.1.1</p> <p><b>Sviluppo e integrazione dei sistemi di sorveglianza e potenziamento sistemi informativi</b></p> | <p><b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b></p> <p>1. Migliorare la qualità e la tempestività del sistema di segnalazione e notifica delle malattie infettive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementazione del sistema di automazione dei flussi informativi intraregionali,</li> <li>- predisposizione di sistemi di avviso e alert per malattie selezionate,</li> <li>- predisposizione per l'accesso da parte di segnalatori,</li> <li>- adozione della nuova versione della piattaforma informatica.</li> </ul> <p>2. Estendere il sistema automatizzato di notifica e sorveglianza speciale delle malattie a tutti i segnalatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- integrazione del sistema nel Portale dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta,</li> <li>- sperimentazione e adozione del Sistema su tutto il territorio regionale,</li> <li>- sviluppo interfacce dedicate e disponibilità del sistema automatizzato per tutte le Direzioni Ospedaliere e Unità Per il Rischio Infettivo delle ASR e Ospedali convenzionati,</li> <li>- sviluppo interfacce dedicate e disponibilità del sistema automatizzato ai Reparti di Malattie infettive per la segnalazione web di alcune o tutte le malattie infettive.</li> </ul> <p>3. Aumentare la sensibilità del sistema regionale di sorveglianza degli Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- incontri tecnici e di formazione,</li> <li>- estensione del sistema di sorveglianza alle imprese ospedaliere private.</li> </ul> <p>4. Migliorare la sorveglianza dei microrganismi che presentano antibioticoresistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informatizzazione della raccolta annua degli isolamenti di Enterobatteri produttori di Carbapenemasi da qualunque materiale,</li> <li>- informatizzazione della raccolta annua dei profili di antibioticoresistenza per alcuni "microorganismi alert",</li> <li>- aggiornamento dei database e controllo di qualità.</li> </ul> <p>5. Monitorare l'uso degli antibiotici nell'ambito dell'assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale e in ambito zootecnico e di animali da compagnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- predisposizione e avvio di un programma di monitoraggio locale e regionale del consumo degli antibiotici,</li> <li>- analisi e produzione di report.</li> </ul> <p>6. Monitorare l'attività vaccinale a livello centrale attraverso l'informatizzazione dei dati vaccinali per costruire indicatori di copertura standardizzati e confrontabili, analizzare i motivi di rifiuto delle vaccinazioni e coordinare le informazioni con il registro dello screening HPV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- completamento del programma di estensione regionale delle anagrafi vaccinali,</li> <li>- analisi dei dati storici di attività vaccinale,</li> <li>- costruzione degli indicatori di copertura per coorte di nascita.</li> </ul> <p>7. Adeguare il sistema regionale agli obiettivi del Piano di Controllo della tubercolosi 2013-2016 approvato come Intesa nella Conferenza Stato-Regioni-Province autonome del 20 dicembre 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- predisposizione e attivazione del sistema regionale di sorveglianza delle attività di screening e trattamento dei contatti.</li> </ul> <p>8. Potenziare il sistema informativo per la sorveglianza e il controllo delle malattie batteriche invasive, comprese le MT anche attraverso la collaborazione e la comunicazione tra clinici dei Reparti, Laboratori di Microbiologia, Direzione Medica e Servizi di Sanità Pubblica delle ASL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mantenimento della sorveglianza attiva dei casi sospetti di malattia batterica invasiva con contatto mensile dei referenti dei laboratori di microbiologia regionali,</li> <li>- mantenimento dei contatti con il laboratorio di riferimento per la conferma della diagnosi eziologica a fini terapeutici e per l'eventuale profilassi dei contatti,</li> <li>- organizzazione di evento formativo per sensibilizzare i clinici circa la necessità di eseguire emocolture in pazienti con sintomi clinici suggestivi di sospette infezioni invasive,</li> <li>- analisi e produzione di report sulla tipizzazione dei patogeni.</li> </ul> | <p><b>OSR cui si riferisce</b></p> <p><b>OSR 8.1; 8.2; 8.3; 8.6; 8.10; 8.11; 8.13</b></p> |
|---|--|---|

|  |   |                 |               |               |
|--|---|-----------------|---------------|---------------|
| <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale (tutte le ASR) |   |                 |               |               |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018                          |   |                 |               |               |
| <b>Indicatori di processo</b><br><i>(Indicatori sentinella)</i>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |                 |               |               |
|  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>     | <b>2017</b>   | <b>2018</b>   |
| <b>Adozione nuova piattaforma informatizzata</b>                 | <b>Progetto</b>                           | <b>Sviluppo</b> | <b>12/12</b>  | <b>12/12</b>  |
| <b>Completamento programma anagrafi vaccinali</b>                | <b>11/12</b>                              | <b>11/12</b>    | <b>11/12</b>  | <b>12/12</b>  |
| <b>Attivazione sistema sorveglianza contatti TB</b>              | <b>Progetto</b>                           | <b>Sviluppo</b> | <b>12/12</b>  | <b>12/12</b>  |
| <b>Attivazione sistema sorveglianza uso antibiotici</b>          | <b>Progetto</b>                           | <b>Sviluppo</b> | <b>Attivo</b> | <b>Attivo</b> |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Azione 8.5.1</p> <p><b>Definizione di programmi regionali di prevenzione e controllo</b></p> | <p><b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b></p> <p>1. Sviluppare la programmazione integrata tra le azioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni comunitarie, quelle correlate all'assistenza e antibioticoresistenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- individuazione azioni per l'integrazione delle attività esistenti,</li> <li>- attivazione strumenti organizzativi e individuazione delle prime aree di intervento,</li> <li>- sviluppo delle azioni individuate,</li> <li>- valutazione azioni intraprese,</li> <li>- individuazione ulteriori attività di sorveglianza,</li> <li>- sviluppo attività controllo,</li> <li>- valutazione,</li> <li>- produzione documenti descrittivi.</li> </ul> <p>2. Assicurare efficacia ed efficienza in caso di emergenza infettiva tramite la definizione di responsabilità, la razionalità e la tempestività degli interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aggiornamento del piano regionale esistente,</li> <li>- formazione specifica del personale impiegato,</li> <li>- definizione della dotazione strumentale,</li> <li>- integrazione con specialisti e istituzioni coinvolti a vario titolo (in particolare con il personale del 118, Istituto Zooprofilattico sperimentale, ARPA, la Protezione Civile, le Prefetture, le forze dell'Ordine, i Vigili del Fuoco),</li> <li>- aggiornamento e sviluppo di un piano regionale per le emergenze infettive coordinato con le indicazioni nazionali e integrato con la pianificazione regionale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica.</li> </ul> <p>3. Ridurre i rischi di trasmissione di Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ottimizzare l'organizzazione dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni e dei metodi diagnostici di riferimento per orientare ai gruppi a più alto rischio, con attenzione particolare per HIV e per le IST che maggiormente facilitano l'acquisizione e la trasmissione dell'HIV,</li> <li>- predisposizione e attuazione della riorganizzazione della rete dei Centri IST del Piemonte.</li> </ul> <p>4. Accrescere il sospetto diagnostico e promuovere l'implementazione di interventi efficaci per aumentare la aderenza al trattamento della TB e dell'ITBL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizzazione di corsi di formazione e incontri con gli operatori del SSR che a vario titolo si occupano della gestione dei pazienti con diagnosi di tubercolosi respiratoria.</li> </ul> | <p><b>OSR cui si riferisce</b><br/><b>OSR 8.5; 8.7; 8.9; 8.13</b></p> |
|---|--|---|

|  |   |   |                            |                          |
|--|---|---|----------------------------|--------------------------|
| <p>5. Individuare i determinanti che possono incidere sull'interruzione del trattamento e sulla perdita dei pazienti TB al follow-up:<br/>- analisi dei dati del sistema di sorveglianza speciale delle TB e dei contatti di caso di TB attiva.</p> <p>6. Mantenere elevati livelli di copertura vaccinale e contrastare il fenomeno di rifiuto delle vaccinazioni:<br/>- aggiornamento del Piano Piemontese di Promozione delle Vaccinazioni in attuazione degli obiettivi del Piano nazionale di Prevenzione vaccinali (indicatore di processo).</p> <p>7. Predisporre, approvare e attuare un Piano regionale di offerta del test HIV:<br/>- identificazione di comportamenti e condizioni maggiormente indicati per il test,<br/>- calcolo di frequenza, luoghi e modalità,<br/>- identificazione delle tipologie di test,<br/>- identificazione delle procedure di counselling pre- e post- test e di restituzione del risultato.</p> |   |   |                            |                          |
| <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale (tutte le ASR)   |   |   |                            |                          |
| <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |   |                            |                          |
|  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>   | <b>2017</b>                | <b>2018</b>              |
| <i>Predisposizione nuovi piani:</i>  |   |   |                            |                          |
| Coronavirus  |   | Documento Analisi organizzativa e Progettazione piano | Realizzazione Piano        | Adozione piano regionale |
| <i>Aggiornamento piani:</i>  |   |   |                            |                          |
| Emergenze infettive  | Report Analisi di contesto                | Adozione piano regionale                              | Documento applicazione     |                          |
| Agenti classe IV   | Report Analisi di contesto                | Adozione piano regionale                              | Documento applicazione     |                          |
| Piano malattie trasmesse da vettori  |   | Report Analisi di contesto                            | Adozione piano regionale   | Documento applicazione   |
| Piano Pandemia Influenzale   |   |   | Report Analisi di contesto | Adozione piano regionale |

|   |   |   |  |                                  |   |
|---|---|---|--|----------------------------------|---|
| Azione 8.5.2<br><b>Azioni di comunicazione</b>  | <b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>  |   |  |                                  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 8.5; 8.7; 8.9; 8.13</b> |
|   | Attività principali che verranno messe in atto per realizzare l'obiettivo:  |   |  |                                  |   |
|   | 1. Sviluppare le campagne informative regionali sull'antibioticoresistenza in coordinamento con le campagne nazionali, orientate dai risultati delle attività di sorveglianza delle antibioticoresistenze e dei risultati del monitoraggio del consumo degli antibiotici:   |   |  |                                  |   |
|   | - Valutazione delle esperienze nazionali e internazionali pregresse o in atto.<br>- Valutazione target e individuazione modalità comunicative.<br>- Valutazione di fattibilità per misurazione dell'efficacia tramite la sorveglianza campionaria "PASSI".<br>- Organizzazione e avvio campagna informativa rivolta al target individuato.<br>- Attivazione delle attività di misurazione dell'efficacia. |   |  |                                  |   |
|   | 2. Promuovere l'uso consapevole delle sostanze antimicrobiche nelle terapie mediche e nel settore alimentare rivolte ai gruppi professionali sanitari e alle categorie produttive interessate:  |   |  |                                  |   |
| - Valutazione organizzativa e valutazione target per MMG e PLS.<br>- Programmazione campagna di comunicazione rivolta ai prescrittori di sostanze antimicrobiche del territorio (MMG e PLS).<br>- Individuazione modalità formative per promozione al buon uso degli antibiotici per MMG e PLS.<br>- Programmazione campagna di comunicazione per gli utilizzatori sostanze antimicrobiche nella produzione alimentare (settore zootecnico).<br>- Valutazione organizzativa, valutazione target e modalità formative per promozione consapevolezza addetti zootecnia. |   |   |  |                                  |   |
| 3. Promuovere l'adesione consapevole ai programmi vaccinali nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio tramite progetti di comunicazione sociale in tema di vaccinazioni improntati alla trasparenza e alla coerenza informativa anche attraverso i social network e la sensibilizzazione dei Medici Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli altri operatori sanitari regionali:   |   |   |  |                                  |   |
| - implementazione del blog "perchévaccino.it" già sperimentato nella AUSL Romagna-Rimini,<br>- predisposizione e sviluppo della campagna informativa e corsi di aggiornamento rivolti a MMG e PLS.  |   |   |  |                                  |   |
| <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale (tutte le ASR)  |   |   |  |                                  |   |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |   |  |                                  |   |
| <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |   |  |                                  |   |
|   | <b>2015</b>   | <b>2016</b>   | <b>2017</b>  | <b>2018</b>                      |   |
| Campagna antibiotico resistenze   | Valutazione strumenti   | Individuazione strumenti<br>Sviluppo campagna comunicazione | Produzione documento<br>Avvio campagna informativa | Valutazione campagna informativa |   |
| Comunicazione sociale vaccinazioni  | Analisi di contesto   | Sviluppo Blog   | Realizzazione e Attivazione Blog                   | Valutazione dell'applicazione    |   |



**PROGRAMMA 9**

**SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA  
E SICUREZZA ALIMENTARE**

| Macro obiettivi  | Obiettivi centrali   | Obiettivi specifici regionali  | Indicatore OSR  | Standard OSR  |
|--|--|--|---|---|
| <b>MO 10</b><br>Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli | <b>OC 10.1</b><br>Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, medicina veterinaria, ambiente e agricoltura | <b>OSR 9.1</b><br>Predisporre il PRISA prevedendo protocolli e percorsi integrati, sia a livello regionale, sia a livello locale tra autorità ed organi di controllo e/o altri settori od amministrazioni  | <b>Indicatore per OSR 9.1</b><br>Produrre documento programmazione e rendicontazione PRISA/PAISA annuale tutte le ASL<br>Numero di protocolli di intervento integrato/accordi   | <b>Standard per OSR 9.1</b><br>Documenti di programmazione e rendicontazione annuali<br>Almeno 2 protocolli/accordi                               |
|  | <b>OC 10.2</b><br>Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco   | <b>OSR 9.2</b><br>Implementazione del sistema di gestione della ricetta elettronica con rielaborazione statistica al fine di individuare gli antibiotici più utilizzati, i volumi di consumo, specie animali target per individuare una soglia quale indicatore d'uso improprio.<br>Definire strategie di intervento per la riduzione dell'impiego di antibiotici in allevamento.<br>Controllo tempi di sospensione.<br>Controllo random dichiarazione al macello con registro di stalla | <b>Indicatore per OSR 9.2</b><br>Numero eventi di sensibilizzazione/informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco, rivolto ai portatori di interesse (a partire dai distributori e grossisti fino a coinvolgere i medici veterinari prescrittori, se e quando l'obbligo di ricetta elettronica sarà a regime) | <b>Standard per OSR 9.2</b><br>Almeno 1 evento nell'80% delle ASL   |
|  | <b>OC 10.3</b><br>Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore veterinario  | <b>OSR 9.3</b><br>Mantenere aggiornati gli strumenti per potenziare le indagini epidemiologiche sulle MTA.<br>Valutare la possibilità di individuare dei laboratori clinici "sentinella" per quadrante in grado di fornire un quadro dei microrganismi potenzialmente patogeni circolanti nella popolazione umana da sottoporre a genotipizzazione per rilevare eventuali correlazioni con i microrganismi presenti negli alimenti   | <b>Indicatore per OSR 9.3</b><br>Revisione di linee di indirizzo e accordi per il miglioramento della capacità diagnostica dei laboratori   | <b>Standard per OSR 9.3</b><br>Almeno 1 documento di revisione linee di indirizzo/accordo   |
|  | <b>OC 10.4</b><br>Completare i sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi.  | <b>OSR 9.4</b><br>Individuare strategie e obiettivi per l'implementazione delle anagrafi delle imprese alimentari e del settore dei mangimi  | <b>Indicatore per OSR 9.4</b><br>Percentuale di conformità agli indirizzi nazionali delle anagrafi regionali/ASL  | <b>Standard per OSR 9.4</b><br>100% conformità  |
|  | <b>OC 10.5</b><br>Gestire le emergenze epidemiche veterinarie e non e gli eventi straordinari  | <b>OSR 9.5</b><br>Effettuare una revisione, valutando eventuali modifiche ed integrazioni, dei protocolli disponibili per la gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche in medicina veterinaria ed eventuali interventi straordinari   | <b>Indicatore per OSR 9.5</b><br>- Piano di intervento per la gestione delle emergenze.<br>- Eventi esercitativi/formativi su base regionale.   | <b>Standard per OSR 9.5</b><br>- Revisione/implementazione piano gestione emergenze<br>- Almeno 2 eventi esercitativi/formativi su base regionale |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <b>OC 10.6</b><br>Prevenire le malattie infettive e diffuse trasmissibili tramite vettori animali  | <b>OSR 9.6</b><br>Implementare protocolli e programmi di sorveglianza della fauna selvatica per la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili al patrimonio zootecnico e all'uomo  | <b>Indicatore per OSR 9.6</b><br>Approvazione e attuazione di un piano di monitoraggio   | <b>Standard OSR 9.6</b><br>1 piano di monitoraggio   |
|  | <b>OC 10.7</b><br>Assicurare un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici   | <b>OSR 9.7</b><br>Portare a termine il processo di ridefinizione delle competenze tra ARPA e IZS<br>Prevedere nell'ambito dei rapporti tra Autorità competente regionale e laboratorio, un processo di valutazione e approvazione delle nuove tecniche analitiche prima del loro impiego nell'ambito del controllo ufficiale | <b>Indicatore per OSR 9.7</b><br>Revisione protocollo tecnico  | <b>Standard per OSR 9.7</b><br>Protocollo tecnico revisionato  |
|  | <b>OC 10.9</b><br>Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici o intolleranti<br><br><b>OC 10.10</b><br>Ridurre i disordini da carenza iodica | <b>OSR 9.8</b><br>Sorvegliare e promuovere la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare e la corretta informazione al consumatore   | <b>Indicatore per OSR 9.8</b><br>- Attuazione programma verifiche sale iodato in esercizi commerciali e ristorazione collettiva in tutte le ASL<br>- Attuazione programmi formativi /informativi per addetti ristorazione collettiva/pubblica su aspetti nutrizionali e gestione allergeni in tutte le ASL | <b>Standard per OSR 9.8</b><br>- Attuazione programma in tutte le ASL<br>- Attuazione programmi formativi /informativi in tutte le ASL |
|  | <b>OC 10.11</b><br>Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale  | <b>OSR 9.9</b><br>Predisporre un programma di formazione regionale per il personale addetto ai controlli ufficiali al fine individuare i fabbisogni ed assicurarne il soddisfacimento anche mediante il coordinamento delle iniziative locali  | <b>Indicatore per OSR 9.9</b><br>Percentuale del personale formato addetto ai controlli ufficiali  | <b>Standard per OSR 9.9</b><br>100% personale formato  |
|  | <b>OC 10.12</b><br>Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004   | <b>OSR 9.10</b><br>Effettuare una revisione delle procedure per lo svolgimento degli audit sulle autorità competenti<br>Predisporre i programmi di audit sulle autorità competenti locali.<br>Svolgere gli audit ed effettuare il riesame  | <b>Indicatore per OSR 9.10</b><br>Audit su tutte le autorità competenti locali (ASL) da parte dell'Autorità competente regionale   | <b>Standard per OSR 9.10</b><br>Almeno un audit in ogni ASL  |
|  |  | <b>OSR 9.11</b><br>Attuare azioni di informazione e comunicazione in tema di sicurezza alimentare e più in generale sul rapporto alimentazione e salute nei confronti dei soggetti istituzionali e portatori di interesse  | <b>Indicatore per OSR 9.11</b><br>Strategia di comunicazione coordinata a livello regionale/AS   | <b>STANDARD per OSR 9.11</b><br>1 report sulle attività di comunicazione   |

## Quadro strategico

La maggior parte degli obiettivi centrali proposti prevedono delle attività finalizzate al rispetto del quadro normativo che, nel campo della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare, è fortemente strutturato e basato su regolamenti direttamente applicabili anche nel nostro Paese. A livello regionale sono rispettati i requisiti previsti dalla normativa europea per l'organizzazione dei controlli ufficiali (mandato, competenze, ecc.) sia attraverso il recepimento degli accordi Stato-Regioni, sia mediante l'emanazione di provvedimenti anche innovativi che sono oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute.

Anche lo stato di attuazione può essere considerato soddisfacente: il sistema dei controlli in Piemonte è stato infatti caratterizzato da una programmazione pluriennale (PRISA 2011-2014 approvato con DGR 3 novembre 2010 n. 14-915), in linea con il PNI, sulla base della quale sono stati emanati, mediante determinazioni dirigenziali dei settori, successivamente accorpati nell'attuale settore Prevenzione e Veterinaria, i piani operativi annuali. Ogni ASL traduce a livello locale gli indirizzi espressi nel Piano Regionale, mediante la stesura ed attuazione del Piano Aziendale Integrato Sicurezza alimentare. Da alcuni anni, in Regione Piemonte, è inoltre attivo un programma di sorveglianza per le malattie a trasmissione alimentare (MTA) che si basa su un gruppo di lavoro centrale con compiti di coordinamento di una rete di referenti e gruppi di lavoro istituiti presso ogni azienda sanitaria con compiti di indagine sui sospetti focolai epidemici e sui casi singoli. Accanto al canale informativo derivante dal sistema di notifica delle malattie infettive, da qualche anno esiste una raccolta di informazioni provenienti dai laboratori clinici delle ASL sulla circolazione degli enteropatogeni ed una raccolta delle informazioni provenienti dai campionamenti sulle matrici alimentari attuati attraverso il campionamento ufficiale. Tali informazioni vengono descritte e valutate annualmente in uno specifico report di attività. Tuttavia esistono ancora difficoltà nell'ottenere informazioni tempestive e complete in grado di descrivere con precisione il fenomeno delle malattie trasmesse da alimenti, la reale diffusione nella popolazione ed i principali determinanti di rischio su cui intervenire. L'attuale assetto organizzativo regionale, che vede tutte le attività della prevenzione sotto un'unica direzione, ha consentito di iniziare un processo di integrazione tra le componenti medica e veterinaria.

### Sinergie con altri programmi del PRP 2014-2018, strategie selezionate

Le strategie selezionate sono quelle previste dal contesto: il sistema dei controlli ufficiali ha la finalità di verificare, con un approccio basato sulla *risk analysis*, il rispetto delle norme specifiche da parte degli operatori del settore alimentare. Mediante il rispetto delle norme, gli operatori garantiscono il controllo dei determinanti di rischio, dalla salute delle piante sino alla commercializzazione e somministrazione degli alimenti passando dalla produzione di mangimi, all'allevamento zootecnico sino alla macellazione, alla trasformazione ed alla successiva commercializzazione o somministrazione degli alimenti con un processo, "dal campo alla tavola", che deve garantire la sicurezza per i consumatori ma anche la possibilità di disporre di informazioni corrette e trasparenti.

Le crisi degli ultimi anni hanno evidenziato come le contaminazioni ambientali abbiano un ruolo fondamentale nella produzione di alimenti sicuri pertanto dovranno essere realizzate sinergie con i programmi che si occupano della prevenzione in campo ambientale. Le informazioni inerenti i risultati dei controlli ed i rischi legati agli alimenti rivestono inoltre un significato per gran parte degli altri programmi di prevenzione, dalle strategie di controllo delle malattie infettive (molti degli agenti eziologici arrivano dal mondo animale, vedi influenza aviaria, influenza suina, west nile, ebola, ecc.) alla prevenzione delle malattie cronico degenerative.

Oltre alle integrazioni all'interno del Piano regionale della prevenzione, mediante la predisposizione del PRISA 2015-2018, saranno individuate le modalità per realizzare un coordinamento tra i diversi organi di controllo che effettuano controlli nel campo della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare, dipendenti da altre amministrazioni al livello regionale o nazionale.

## Profilo di salute e trend dei fenomeni

### Elementi di contesto ed indicatori di salute

Una recente ricerca svolta dalla Commissione Europea per valutare gli scenari futuri nel campo della sicurezza alimentare e della nutrizione (*Scoping study Delivering on EU food safety and nutrition in 2050 - Scenarios of future change and policy responses. DG SANCO - Bruxelles 20/12/2013*) evidenzia una probabile continuità nei trend di aumento della popolazione mondiale, di intensificazione e industrializzazione dell'agricoltura e della produzione

zootecnica per soddisfare la crescente domanda di prodotti alimentari e di una più ampia varietà di alimenti, con un conseguente aumento in complessità e lunghezza dei passaggi commerciali a livello globale. Lo studio conferma un ruolo dei cambiamenti del clima sulla sicurezza alimentare, poiché le variazioni di temperatura modificano i rischi connessi con la produzione alimentare, lo stoccaggio e la distribuzione. Incidenti locali possono evolvere rapidamente in emergenze internazionali a causa della rapidità con cui circolano le informazioni, gli animali ed i prodotti alimentari. L'impatto delle malattie infettive epidemiche degli animali, come ad esempio l'influenza aviaria e l'afta epizootica, oltre che per la salute pubblica, può essere devastante per gli agricoltori e per l'economia in generale, in un singolo Paese, in un Continente o persino a livello globale. In tale ottica, la salute degli animali è considerato "un bene pubblico mondiale" dalle organizzazioni internazionali come l'OIE e la Banca mondiale.

La riduzione delle patologie ed il miglioramento delle condizioni di allevamento degli animali ha, dal dopoguerra ad oggi, portato ad una importante riduzione delle zoonosi e delle malattie a trasmissione alimentare nell'uomo e, in contrasto con il prevalente pensare comune, ad un accrescimento della qualità degli alimenti presenti sulle nostre tavole. Gli effetti delle azioni svolte hanno dimostrato la loro efficacia anche in Piemonte, dove un indicatore come i casi di brucellosi umana, legati al contatto con animali infetti o con latte o formaggi prodotti da animali infetti, è passato, in parallelo con la riduzione dei casi negli allevamenti bovini/ovini-caprini, dalle 61 persone infette nel 1994 alle 3 del 2009 (fonte: relazione Attività della Regione Piemonte 2010). Un altro indicatore è legato ai programmi per il controllo della salmonellosi umana legata al consumo di uova o carni di pollame contaminate. Anche in questo caso i programmi di eradicazione negli allevamenti di galline ovaiole e di polli da carne (broiler), il miglioramento dell'igiene legata anche ai controlli ufficiali nelle fasi di macellazione, trasformazione, commercializzazione e somministrazione hanno portato ad una significativa diminuzione delle positività nei campioni di controllo e degli isolamenti nell'uomo, passati da 1050 casi nel 1994 ai 363 del 2009 con una quasi scomparsa degli isolamenti umani di *Salmonella Enteritidis* legata a queste tipologie di alimento (fonte: relazione Attività della Regione Piemonte 2010). Si tratta di un fenomeno rilevato dal sistema di sorveglianza sulle MTA che evidenzia oggi una prevalenza di infezione nell'uomo da *Typhimurium* molto probabilmente di origine prevalente dalla filiera del suino.

Le sfide introdotte dal piano della prevenzione riguardano l'antibioticoresistenza. Lo stato di salute degli animali è direttamente collegabile all'impiego di antibiotici. Nel rapporto *ECDC/EFSA/EMA first joint report on the integrated analysis of the consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and food-producing animals* del 2015, le 3 agenzie hanno valutato, per la prima volta in modo congiunto, le correlazioni tra il consumo di antimicrobici nell'uomo e negli animali e l'antibioticoresistenza. Il consumo di vari antimicrobici, ampiamente impiegati anche nell'allevamento degli animali, risulta, sulla base dei dati del 2012, superiore negli animali piuttosto che nell'uomo, mentre il consumo di antibiotici di importanza critica per la medicina umana (fluorquinoloni e cefalosporine di 3° e 4° generazione) è più alto nell'uomo che negli animali. Correlazioni, nell'uomo, sono state riscontrate tra il consumo di antibiotici e resistenze in microrganismi per la maggior parte delle combinazioni valutate. In alcuni casi sono inoltre state evidenziate associazioni tra il consumo di antibiotici negli animali e le resistenze in batteri isolati da persone. Per quanto riguarda l'antibioticoresistenza, l'Italia risulta essere tra i Paesi con il maggior consumo di antibiotici sia in campo umano che veterinario. L'uso delle molecole più critiche risulta maggiormente impiegato in medicina umana. Secondo la sorveglianza dell'antibioticoresistenza svolta dall'Istituto Superiore di Sanità (Ar-Iss) e dal Mipi, in Italia la resistenza agli antibiotici si mantiene purtroppo tra le più elevate in Europa e quasi sempre al di sopra della media europea. Nel quadriennio 2010-2013 nelle specie Gram-negative si è osservato un trend prevalentemente in aumento. Questo incremento è relativo soprattutto ai fluorochinoloni, cefalosporine di terza generazione e aminoglicosidi in *E. coli*, *K.pneumoniae*. L'aumento è stato rilevato per *Pseudomonas aeruginosa*, per piperacillina+tazobactam, ceftazidime, aminoglicosidi. Notevole è stato l'aumento della resistenza ai carbapenemici in *K. Pneumoniae* che in 6 anni è aumentata da meno dell'1% delle Klebsielle resistenti nel 2008 al 34% nel 2013. I dati di resistenza per i patogeni Gram positivi sono invece tendenzialmente stabili, ma sempre elevati: in *S. pneumoniae* la non sensibilità alla penicillina (14% del 2013) è in leggero aumento rispetto gli anni precedenti mentre la resistenza ai macrolidi (25% nel 2013) è in leggero calo rispetto agli anni precedenti; in *S. aureus* la resistenza alla meticillina (36% nel 2013) è sostanzialmente stabile.

La sorveglianza ha confermato, inoltre, che i livelli di resistenza sono più alti al Centro e al Sud rispetto al Nord Italia, dato strettamente in relazione con il maggior consumo umano di antibiotici registrato in queste aree geografiche. I cambiamenti nei dati italiani vanno interpretati con cautela a causa della variabilità dei laboratori partecipanti che negli ultimi due anni includono un maggior numero di laboratori del Sud Italia.

In Piemonte vengono attuati i programmi di controllo sui residui e di farmaco sorveglianza (utilizzo del farmaco) e farmaco vigilanza (effetti negativi conseguenti alla somministrazione di un medicinale). Inoltre da alcuni anni è attiva una raccolta di dati sull'impiego di farmaci nel settore zootecnico, mediante il controllo e la registrazione

delle ricette su un portale informatico (SIPREV) che ha portato ad alcune valutazioni sperimentali sul consumo in allevamento. I dati a disposizione non consentono al momento valutazioni di impatto e pertanto gli obiettivi, in linea con il report sopraccitato, saranno quelli di migliorare e incrementare la conoscenza sulla distribuzione del farmaco anche mediante sinergie e collaborazioni con grossisti e veterinari libero professionisti.

Strategie di controllo della fauna selvatica (animali che oltre a rappresentare fonte di cibo rappresentano una sentinella per la valutazione dell'ambiente in cui vivono) ed il controllo sulla sanità e sul benessere degli animali utilizzati ai fini sportivi rappresentano ulteriori settori del Piano. Il controllo della fauna selvatica deve essere finalizzato a garantire un monitoraggio permanente e precoce dell'insorgenza, della distribuzione e dell'evoluzione epidemiologica delle patologie più importanti che possono essere veicolate alla popolazione animale domestica e all'uomo. I dati relativi alle segnalazioni di patologie negli animali selvatici negli ultimi anni testimoniano una certa prevalenza di malattie come salmonellosi, yersiniosi, toxoplasmosi, EBHS e virus influenzali aviari nel territorio italiano; anche in Regione Piemonte, grazie ai Piani regionali di controllo sanitario della fauna selvatica, attuati negli ultimi anni con la collaborazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, è stato evidenziato un numero significativo di positività, in particolare nei cinghiali (brucellosi, malattia di Aujeszky, toxoplasmosi, yersiniosi, tubercolosi – M. TB complex), nei cervi (yersiniosi), nei caprioli (salmonellosi e paratubercolosi e yersiniosi), nei daini (salmonellosi e tubercolosi - *M. bovis*), nelle volpi (leishmaniosi, salmonellosi e yersiniosi), nelle lepri (EBHS e salmonellosi) e nell'avifauna (malattia di Newcastle e salmonellosi). Lo stretto inscindibile rapporto che esiste tra uomo, animali ed ambiente consente alla medicina veterinaria di disporre di dati, di casi studio e di spunti di ricerca che forniscono informazioni e modelli utili per il medico di medicina umana.

Nella relazione alimentazione e salute, oltre alle problematiche legate al rischio igienico sanitario degli alimenti, sempre maggiore attenzione viene data ai rischi nutrizionali per il loro crescente impatto sulla salute della popolazione. Conoscenze e comportamenti individuali insieme a fattori ambientali legati al radicale mutamento dell'offerta e della qualità nutrizionale delle produzioni alimentari rappresentano i principali determinanti di rischio verso cui indirizzare azioni di sorveglianza/monitoraggio e programmi di prevenzione. Garantire una corretta e completa informazione sulle caratteristiche, contenuti e proprietà degli alimenti rappresenta una condizione essenziale per migliorare la capacità di scelta dei consumatori e minimizzare il rischio allergie ed intolleranze in persone vulnerabili. Per questo occorre attivare collaborazioni e alleanze tra diversi enti ed istituzioni e con gli operatori del settore alimentare per proporre maggiore attenzione alla qualità nutrizionale delle produzioni alimentari ed aumentare l'offerta, la disponibilità e la riconoscibilità di alimenti con tali caratteristiche.

### **Dati di attività in continuità con il PRP 2010-2014**

Gran parte degli obiettivi centrali e degli obiettivi regionali dell'attuale programma erano già presenti nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2014 che, come già evidenziato, in Regione Piemonte comprendeva anche alcuni obiettivi del PRISA. Nel 2014 un'analisi SWOT fatta sull'andamento dei piani precedenti ha permesso di evidenziare punti di forza e criticità che sono state considerate nella stesura della attuale programmazione. Esisteranno aree di sovrapposizione tra PRP e PRISA che rappresentano comunque due strumenti distinti: uno più legato alla definizione di programmi e strumenti per l'attività di vigilanza e controllo il PRISA, l'altro più orientato al perseguimento di aspetti di efficacia, appropriatezza, integrazione delle azioni, coordinamento, formazione, comunicazione, il programma sicurezza alimentare del PRP. Per gran parte degli obiettivi le azioni saranno finalizzate al mantenimento o miglioramento degli standard esistenti.

### **Integrazione con altri programmi del PRP**

Il presente programma ha elementi di integrazione con altri programmi del PRP, in particolare con Guadagnare Salute Piemonte - Scuole che promuovono salute, Comunità e ambienti di vita, Ambiente e salute, Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili. Tale integrazione viene perseguita mediante la partecipazione di componenti del gruppo di lavoro ai diversi programmi sia a livello regionale (Piano regionale della prevenzione) sia a livello locale (Piano locale della prevenzione) delle singole ASL che assicurano una integrazione e coordinamento delle specifiche azioni a competenza mista.

## **Azioni previste nel periodo**

### **Sintesi complessiva e crono programma di massima**

Gran parte delle azioni previste dal programma perseguono obiettivi di miglioramento del sistema di tutela della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria implementando le azioni di coordinamento, sorveglianza,

formazione degli operatori e di informazione e comunicazione. Alcune azioni sono indirizzate verso problematiche rilevanti e attuali quali l'antibioticoresistenza e le malattie trasmesse da alimenti o da agenti zoonotici. Altre azioni puntano a migliorare la gestione del controllo ufficiale aggiornando e adeguando l'anagrafica delle imprese, la capacità dei laboratori e la risposta alle emergenze. Tutte le azioni sono in coerenza ed in stretta relazione con quanto previsto dal Piano Regionale Integrato di sicurezza alimentare. Il programma è organizzato in 11 azioni come di seguito indicato:

- Costituire e promuovere l'operatività di un gruppo di lavoro regionale per la valutazione del rischio nel campo della sicurezza alimentare a supporto del settore regionale Prevenzione e Veterinaria
- Migliorare il livello di coordinamento tra Autorità competente e organi di controllo
- Potenziare il sistema di sorveglianza e gestione MTA
- Definire strategie di comunicazione dell'Autorità competente
- Completare i sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi
- Gestire le emergenze in medicina veterinaria
- Prevenzione malattie infettive della fauna selvatica
- Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio per i controlli ufficiali
- Migliorare la qualità nutrizionale e la sicurezza dell'offerta alimentare
- Formazione del personale delle Autorità competenti
- Audit sulle Autorità competenti.

I destinatari delle azioni sono sintetizzabili in generale in:

- operatori della sanità,
- popolazione residente nella Regione Piemonte,
- consumatori.

Le azioni si snodano lungo tutto il periodo 2015-2018 secondo il calendario di dettaglio riportato di seguito.

### **Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma**

Alcune azioni individuate per la realizzazione del piano di prevenzione hanno basi consolidate e programmi in essere che necessitano di aggiornamento e revisione; per molte altre azioni, invece, si rende necessario partire da una base di progettazione per passare a programmazione e realizzazione. I fattori che possono intervenire influenzando il buon esito del programma sono da ricercarsi nelle criticità insite nelle organizzazioni chiamate a partecipare sia nella fase di progetto sia nella fase di attuazione: dotazioni organiche insufficienti e non rinnovabili, inadeguati investimenti economici della ricerca e carenza cronica di risorse; scarsa motivazione e partecipazione da parte del territorio con rischio di ricadute insufficienti.

### **Monitoraggio e contrasto disuguaglianze**

Nel documento di strategia per la *Salute 2020* l'OMS nell'ambito del capitolo "35. La salute 2020 promuove sforzi risoluti e continuati per contrastare le malattie trasmissibili" individua le seguenti priorità sulla sicurezza alimentare:

- nessun paese può permettersi di abbassare il livello di vigilanza,..;
- occorre realizzare attività congiunte di sorveglianza e controllo delle malattie attraverso le autorità competenti per la sanità pubblica, la veterinaria, l'alimentazione e l'agricoltura, per un miglior controllo delle malattie infettive che possono trasmettersi dagli animali agli uomini, comprese le malattie infettive emergenti, i microrganismi resistenti ai farmaci e le infezioni di origine alimentare;
- garantire la sicurezza dei beni essenziali quali l'acqua e gli alimenti.

La presenza di pericoli negli alimenti è in grado di condizionare lo stato di salute della popolazione con maggior effetto sulle fasce a maggior rischio (anziani, bambini, malati e immunocompromessi, donne in gravidanza). Inoltre le fasce meno abbienti, che spesso sono già esposte ad altri fattori di rischio, possono avere, a causa della ridotta disponibilità economica, un minor accesso ad alimenti necessari ad una corretta ed equilibrata nutrizione scegliendo canali di acquisto che garantiscono un minor costo (discount, mercati, cucina di strada, ecc.), per i quali il sistema dei controlli deve essere in grado di assicurare, per evitare amplificazioni delle disuguaglianze, standard di sicurezza alimentare equivalenti.

Il sistema dei controlli ha inoltre un impatto sull'economie delle imprese e di settori produttivi. La definizione e l'attuazione di controlli basati su valutazioni del rischio e appropriati, sono in grado di evitare l'instaurarsi di disuguaglianze, in grado di influire sulla competitività e sopravvivenza, legata alla diversa capacità di far fronte ai costi e di adottare le procedure difensive in caso di sanzioni tra le micro e piccole imprese e le grandi aziende.

|  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|---|---|--|
| <p>Azione 9.1.1</p> <p><b>Costituire e promuovere l'operatività di un Gruppo di lavoro regionale per la valutazione del rischio nel campo della sicurezza alimentare a supporto del Settore Regionale Prevenzione Veterinaria</b></p>  | <p><b>Obiettivi dell'azione</b></p> <p>Integrare competenze e professionalità.<br/>         Valutare e monitorare criticità e problematiche emergenti.<br/>         Proporre opzioni gestionali appropriate rispetto a rischi definiti.</p>  | <p><b>OSR cui si riferisce:</b></p> <p>9.1<br/>9.2</p> |   |   |  |
| <p>Oc.10.1<br/>Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, medicina veterinaria, ambiente e agricoltura</p> <p>Oc.10.2<br/>Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco</p> | <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>Le innovazioni normative intervenute per garantire un elevato livello di sicurezza alimentare ai cittadini europei, a partire dall'emanazione, da parte della Commissione Europea, del "Libro bianco", hanno introdotto un approccio <i>science-based</i> per l'individuazione dei controlli. Partendo dai "determinanti di rischio" riconosciuti essere, a livello internazionale, sulla base di valutazioni del rischio e studi epidemiologici (<i>WHO Surveillance programme 1995. Sixth report of WHO surveillance programme for control of food-borne infections and intoxications in Europe; Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance for foodborne-disease outbreaks: United States, 1988-92. MMWR CDC Surveill Summ. 1996 Oct 25;45(SS-5):1-55</i>), alla base della contaminazione degli alimenti in grado di causare malattie ad elevato impatto sulla salute dell'uomo e sull'economia dei Paesi, la legislazione europea ha stabilito degli obblighi per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA), che prevedono misure per l'individuazione e la gestione dei fattori predisponenti, e per gli Stati membri chiamati a definire ed organizzare un sistema di controlli in grado di assicurare appropriatezza, uniformità, coerenza e qualità delle verifiche. In un contesto in continua evoluzione, con il manifestarsi di nuove situazioni di pericolo legate all'evoluzione dei sistemi produttivi, all'introduzione di nuove metodiche di analisi di laboratorio, alla circolazione di alimenti provenienti da Paesi con realtà socio-sanitarie e produttive profondamente diverse da quelle europee, si rende necessario svolgere delle attività di valutazione del rischio finalizzate a individuare priorità e supportare decisioni nell'ambito della programmazione dei controlli sul territorio regionale. Attività previste:</p> <p>Sarà costituito un gruppo di lavoro che, oltre ai componenti del gruppo PRP e ai rappresentanti dei settori regionali della Sanità, ARPA, IZS, DORS, ASL (SVet, SIAN, SISP, SPRESAL), sarà integrato di volta in volta con le professionalità e le figure necessarie (ad esempio Università, Assessorato all'Agricoltura, all'Ambiente, ...). Il gruppo di lavoro avrà i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redazione e monitoraggio dei programmi PRP relativi al MO 10;</li> <li>• Proporre schemi di rendicontazione sintetici dei dati di attività ai fini della definizione di trend, valutazione di impatto e proposte di pianificazione e indirizzo;</li> <li>• Svolgere attività di documentazione e raccolta bibliografica su problematiche specifiche;</li> <li>• Eseguire un'analisi dei bisogni formativi e formulare proposte per la strutturazione del programma formativo regionale;</li> <li>• Proporre strategie per la comunicazione del rischio;</li> <li>• Organizzare eventi di sensibilizzazione-informazione-formazione sulla gestione dei rischi finalizzate al miglioramento dell'efficacia e appropriatezza dei controlli ufficiali, comprese le strategie per il contenimento del fenomeno dell'antibioticoresistenza.</li> </ul> |  |   |   |  |
| <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale</p>  |  |  |   |   |  |
| <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |  |  |   |   |  |
| <p><b>Indicatori di processo</b></p>   |  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>       |   |   |  |
|  |  | <p><b>2015</b></p>                                     | <p><b>2016</b></p>                              | <p><b>2017</b></p>                              | <p><b>2018</b></p>                               |
| <p>Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro e svolgimento delle riunioni (lettera di convocazione e verbale/sintesi proposte di intervento)</p>  |  | <p>1</p>   | <p>1</p>  | <p>1</p>  | <p>1</p>   |
| <p>Numero documenti (schede, sintesi, revisione letteratura, proposte gestionali, definizione strategie di comunicazione, ...)</p>   |  | <p>1</p>   | <p>1</p>  | <p>1</p>  | <p>1</p>   |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/> <b>Evento regionale di sensibilizzazione e informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco</b></p>   |  | <p>--</p>  | <p><b>Almeno 1 evento nel 30% delle ASL</b></p> | <p><b>Almeno 1 evento nel 50% delle ASL</b></p> | <p><b>Almeno 1 evento nell'80% delle ASL</b></p> |



|  |   |  |             |             |             |
|--|---|--|-------------|-------------|-------------|
| Azione 9.1.2<br><b>Migliorare il livello di coordinamento tra Autorità competente Organi di controllo</b><br><br>Oc.10.1<br>Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, medicina veterinaria, ambiente e agricoltura | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Promuovere e migliorare il livello di coordinamento tra le diverse Autorità ed i diversi organi di controllo  | <b>OSR cui si riferisce:</b><br>9.1<br>9.2 |             |             |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br><br>Il regolamento europeo CE n. 882/2004, in linea con quanto previsto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO, 2003, <i>Assuring Food Safety and Quality: Guidelines for Strengthening National Food Control Systems</i> FAO FOOD AND NUTRITION PAPER 76 FAO WHO, Rome), stabilisce che i Paesi membri debbano assicurare un efficace coordinamento tra le diverse autorità e organi di controllo incaricati di svolgere le attività di verifica sugli OSA. Tale requisito è di fondamentale importanza per assicurare efficacia e uniformità dei controlli e punta a ridurre differenze di interpretazione o sovrapposizione di interventi che aumentano l'impatto economico (costi pubblici e costi per le imprese) senza un miglioramento dell'efficacia. Tale esigenza è stata riconosciuta anche in Italia dove il coordinamento dei controlli è diventato un obbligo per tutti gli enti pubblici con la legge n. 35 del 4 aprile 2012 con la quale è stato convertito il decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 54, recante: "Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo", a cui è seguita l'emanazione delle linee guida ratificate dalla Conferenza Unificata degli Enti Pubblici, nella seduta del 24 gennaio 2013 "Semplificazione dei controlli sulle imprese" e dalla successiva legge 11 agosto 2014, n. 116, recepimento del DL 91/2014 "Disposizioni urgenti per il settore agricolo, la tutela ambientale e l'efficientamento energetico dell'edilizia scolastica e universitaria, il rilancio e lo sviluppo delle imprese, il contenimento dei costi gravanti sulle tariffe elettriche, nonché per la definizione immediata di adempimenti derivanti dalla normativa europea". Sono previste le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementare il sistema di coordinamento delle programmazioni regionale (PRISA) e locale (PAISA) per una uniforme e coerente attuazione delle azioni di prevenzione e controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità animale;</li> <li>- redigere un Piano dei controlli della Sicurezza Alimentare che tenga conto delle possibili integrazioni con i diversi Organi di Controllo, sulla base delle indicazioni previste dal PNI;</li> <li>- predisporre protocolli di intervento integrato che descrivano i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.);</li> <li>- definizione di criteri per includere nel programma formativo regionale destinatari provenienti da Organi di Controllo esterni all'Autorità Competente (altri assessorati, Forze dell'Ordine, ecc.).</li> </ul> |  |             |             |             |
| <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale   |   |  |             |             |             |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |  |             |             |             |
| <b>Indicatori di processo</b>  |   | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |             |             |             |
|  |   | <b>2015</b>                                | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Numero di protocolli di intervento integrato che descrivano i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.)</b>  |   |  | <b>1</b>    |             |             |
| Produrre documento programmazione e rendicontazione PAISA tutte le ASL   |   | 100%                                       | 100%        | 100%        | 100%        |
| Percentuale degli eventi formativi aperti a organi di controllo esterni  |   |  | 30%         | 40%         | 50%         |

|  |   |   |                                     |             |             |
|--|---|---|-------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Azione 9.3.1</b><br><b>Potenziare il sistema di sorveglianza e gestione MTA</b><br><br>Oc.10.3<br>Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore veterinario | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Aggiornare e implementare gli strumenti per potenziare le indagini epidemiologiche sulle MTA.   |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br>9.3 |             |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br><br>La sorveglianza e il controllo dei focolai di malattie trasmesse dagli alimenti sono attività multidisciplinari, che richiedono competenze nei settori della clinica medica, dell'epidemiologia, della medicina di laboratorio, della microbiologia e della chimica degli alimenti, della sicurezza e del controllo degli alimenti, della comunicazione e gestione del rischio. Sono numerose le linee guida internazionali che propongono buone pratiche per la strutturazione della sorveglianza e la conduzione delle indagini epidemiologiche (WHO, CDC, ECDC, ecc.). La Regione Piemonte dispone di un sistema regionale di sorveglianza delle MTA per la gestione degli episodi di malattie a trasmissione alimentare che risponde ai requisiti della direttiva 2003/99 integrata con l'aggiunta di altri patogeni. Il sistema integra i dati del sistema di notifica casi umani MTA con una sorveglianza dei principati enteropatogeni mediante raccolta dati dai laboratori clinici piemontesi e raccolta dati positività enteropatogeni riscontrati negli alimenti in occasione del controllo ufficiale. Tale sistema richiede un aggiornamento nelle linee di indirizzo (con eventuale inclusione dei dati sorveglianza agenti zoonotici negli animali) e nelle procedure per l'attuazione di programmi informativi/formativi nelle ASL. L'obiettivo individuato è quello di mantenere aggiornato uno strumento già presente che può essere ulteriormente migliorato, partendo da una baseline che rispetta già oggi lo standard dell'obiettivo centrale 10.3. Le attività previste per aumentare la capacità del sistema di rilevare gli episodi di MTA e di individuarne le cause sono le seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aggiornare le linee di indirizzo e la documentazione per l'attività dei gruppi di lavoro regionale e locali per la sorveglianza sulle MTA, comprese le indicazioni per la parte diagnostica di laboratorio;</li> <li>- definire un programma di informazione/formazione per gli operatori;</li> <li>- predisporre uno studio di fattibilità per la realizzazione di un sistema di sorveglianza sulle MTA, basato sulla pulsotipizzazione, per gli episodi non epidemici, che utilizzi il network esistente dei laboratori ospedalieri e del laboratorio dell'IZS.</li> </ul> |   |                                     |             |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale  |   |                                     |             |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |                                     |             |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |                                     |             |             |
|  |   | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>                         | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|  | Revisione linee di indirizzo e documenti per l'attività di sorveglianza sulle MTA   | 50%                                       | 100%                                |             |             |
| Numero interventi di informazione/formazione sulla gestione degli episodi di MTA   | 1   | 1   | 1                                   | 1           |             |
| Documento con studio di fattibilità  |   |   | 100%                                |             |             |

|  |   |  |  |             |             |             |
|--|---|--|--|-------------|-------------|-------------|
| <p>Azione 9.4.1<br/><b>Completare i sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi</b></p> <p>Oc.10.4<br/>Completare i sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi.</p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Assicurare l'affidabilità dei sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi</p>   |  | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/>9.4</p>      |             |             |             |
|  | <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>La programmazione e la rendicontazione dei controlli ufficiali sui mangimi e sulle imprese alimentari necessitano di anagrafiche basate su informazioni univoche a livello nazionale. A livello nazionale, nell'ambito del coordinamento interregionale sulla sicurezza alimentare, sono stati concordati percorsi condivisi tra le Regioni ed il Ministero per arrivare a disporre di elenchi informatizzati in grado di superare le attuali anagrafi gestite a livello delle singole Regioni. A livello regionale gli elenchi delle imprese sono al momento solo in parte gestiti dalle ASL in quanto ad esempio per alcuni tipi di imprese della produzione primaria le anagrafiche sono presso l'Assessorato dell'Agricoltura.</p> <p>Attività previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recepire e diffondere i criteri e gli indirizzi concordati in sede interregionale per l'implementazione dell'anagrafe delle imprese alimentari e del settore mangimi;</li> <li>- organizzare eventi formativi a livello regionale e locale finalizzati all'applicazione degli indirizzi regionali per la corretta alimentazione delle anagrafi;</li> <li>- individuare responsabilità e compiti per il livello regionale, uniformando o coordinando gli elenchi presenti presso Amministrazioni diverse, ed il livello locale;</li> <li>- valutare lo stato di adeguamento dei sistemi informativi/informatici e l'adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004".</li> </ul> |  |  |             |             |             |
|  | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale</p>   |  |  |             |             |             |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |  |  |             |             |             |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>  |  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p> |             |             |             |
|  |   |  | <b>2015</b>                                      | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|  | <p>Percentuale di conformità delle anagrafi regionali, o in alternativa delle ASL, alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"</p>  |  | 50%  | 70%         | 90%         | 100%        |
| <p>Percentuale di implementazione informatica del sistema informativo nazionale SINSVA per la gestione delle anagrafiche degli OSM, anche in cooperazione applicativa</p>  |   |  |  |             | 100%        |             |

|   |   |   |                    |                    |
|---|---|---|--------------------|--------------------|
| <p>Azione 9.5.1<br/><b>Gestire le emergenze in medicina veterinaria</b></p>   | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Assicurare che i protocolli per le emergenze ed interventi straordinari siano aggiornati e appropriati.<br/>Assicurare che i servizi siano pronti ad intervenire in caso di emergenze epidemiche e non epidemiche in medicina veterinaria ed eventuali interventi straordinari.</p>   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/>9.5</p> |                    |                    |
| <p>Oc.10.5<br/>Gestire le emergenze epidemiche veterinarie e non e gli eventi straordinari.</p>   | <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>La disponibilità di procedure per la gestione delle emergenze e la preparazione per la gestione delle stesse è un altro dei requisiti previsti dal regolamento CE n. 882/2004 per le autorità competenti degli Stati membri. I riferimenti internazionali sono rappresentati per la sicurezza alimentare da linee guida del WHO pubblicate nel 2010: <i>FAO/WHO framework for developing national food safety emergency response plans</i> e nel 2011: <i>FAO/WHO guide for application of risk analysis principles and procedures during food safety emergencies</i>; per le epidemie negli animali: linee guida recensite da OIE <a href="http://www.oie.int/animal-health-in-the-world/the-world-animal-health-information-system/national-disease-contingency-plans/">http://www.oie.int/animal-health-in-the-world/the-world-animal-health-information-system/national-disease-contingency-plans/</a></p> <p>Attività previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- predisporre una raccolta di tutti i protocolli disponibili per la gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche in medicina veterinaria ed eventuali interventi straordinari;</li> <li>- effettuare la revisione dei protocolli alla luce delle linee guida internazionali e nazionali colmando eventuali carenze e integrandoli, ove possibile, in un unico sistema per la gestione delle emergenze regionale che veda il coordinamento di tutte le parti interessate;</li> <li>- promuovere la diffusione, a livello regionale e a livello locale, dei protocolli per la gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche in medicina veterinaria ed eventuali interventi straordinari attraverso l'organizzazione di interventi di formazione con simulazione sul campo per gli operatori in modo che i servizi siano preparati a impiegare i protocolli.</li> </ul> |   |                    |                    |
| <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale</p>   |   |   |                    |                    |
| <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |   |   |                    |                    |
| <p><b>Indicatori di processo</b></p>  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>  |   |                    |                    |
|   | <p><b>2015</b></p>  | <p><b>2016</b></p>                          | <p><b>2017</b></p> | <p><b>2018</b></p> |
| <p>Revisione dei protocolli, integrazione e individuazione di modalità di coordinamento tra i diversi sistemi per la gestione delle emergenze con indirizzi e procedure per le attività nelle ASL</p> |   |   | <p>100%</p>        |                    |
| <p>Numero incontri di divulgazione/formazione per la diffusione dei protocolli a livello regionale</p>  | <p>1</p>  |   | <p>1</p>           |                    |
| <p>Numero eventi esercitativi su scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale</p>   |   |   | <p>1</p>           |                    |
| <p>Numero eventi esercitativi su scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante la sicurezza alimentare</p>  |   |   |                    | <p>1</p>           |

|   |  |   |                    |                    |
|---|--|---|--------------------|--------------------|
| <p>Azione 9.6.1<br/><b>Prevenzione malattie infettive fauna selvatica</b></p>                       | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Implementare protocolli e programmi di sorveglianza della fauna selvatica per la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili al patrimonio zootecnico e all'uomo.</p>   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/>9.6</p> |                    |                    |
| <p>Oc.10.6<br/>Prevenire le malattie infettive e diffuse trasmissibili tramite vettori animali.</p> | <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>È riconosciuto il possibile ruolo della fauna selvatica nella diffusione di alcune malattie zoonotiche (Hilde Kruse, Anne-Mette Kirkemo, and Kjell Handeland (2004) <i>Wildlife as Source of Zoonotic Infections Emerging Infectious Diseases</i> • www.cdc.gov/eid • Vol. 10, No. 12, December). La valutazione dell'effettiva diffusione di agenti zoonotici nella fauna selvatica può pertanto consentire di predisporre programmi di prevenzione che tengano conto del rischio e dell'effettivo impatto sulla sanità pubblica. Attività previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- implementare un sistema di monitoraggio sanitario delle principali popolazioni selvatiche (cinghiali e altri ungulati, volpi, lepri, roditori, avifauna) verso determinate malattie (brucellosi, tubercolosi, peste suina classica, rabbia, influenza aviaria, Pseudopeste aviaria, west nile disease), mediante la pianificazione di un programma con una distribuzione omogenea e statisticamente significativa dei campioni. Tale monitoraggio sanitario consente di evidenziare rapidamente la presenza e la distribuzione delle principali patologie trasmissibili al patrimonio zootecnico e all'uomo;</li> <li>- sviluppare una rete di collaborazione tra i Servizi Veterinari ASL, gli Enti Parco, i Comprensori Alpini (CA), gli Ambiti Territoriali di Caccia (ATC), gli operatori faunistico-venatori e le associazioni venatorie, l'Assessorato all'Agricoltura della Regione Piemonte, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale PLVdA, il Dipartimento di Scienze Veterinarie dell'Università degli Studi di Torino e la Regione Piemonte (supportata dall'O.E. dell'IZS PLVdA).</li> </ul> |   |                    |                    |
| <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale, puntuale</p>                                   |  |   |                    |                    |
| <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |  |   |                    |                    |
| <p><b>Indicatori di processo</b></p>  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>   |   |                    |                    |
|   | <p><b>2015</b></p>   | <p><b>2016</b></p>                          | <p><b>2017</b></p> | <p><b>2018</b></p> |
| <p>Approvazione del piano di monitoraggio</p>   | <p>100%</p>  | <p>--</p>                                   | <p>--</p>          | <p>--</p>          |
| <p>Numero malattie dei selvatici monitorate</p>   | <p>4</p>   | <p>4</p>                                    | <p>5</p>           | <p>6</p>           |
| <p>Proporzione dei campioni prelevati/campioni programmati</p>                                      | <p>100%</p>  | <p>100%</p>                                 | <p>100%</p>        | <p>100%</p>        |
| <p>Report di verifica dei risultati</p>   | <p>--</p>  | <p>--</p>                                   | <p>1</p>           | <p>1</p>           |

|  |  |   |                    |                    |
|--|--|---|--------------------|--------------------|
| <p>Azione 9.7.1<br/><b>Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio per i controlli</b></p>  | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Assicurare la capacità di laboratorio per i controlli nel settore della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare e garantire l'utilizzo di eventuali nuove tecniche analitiche, previo parere condiviso tra Laboratorio e Autorità competente regionale per la sicurezza alimentare.</p>   | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/>9.7</p> |                    |                    |
| <p>Oc.10.7<br/>Assicurare un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici.</p>   | <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>Le indagini di laboratorio rappresentano uno degli strumenti a disposizione delle autorità competenti per valutare la diffusione di patogeni o di contaminanti chimici negli alimenti e tenere sotto controllo i livelli di esposizione a cui sono esposti i consumatori.</p> <p>Attività previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- predisporre un cronoprogramma e verificarne il rispetto per il passaggio delle prove analitiche tra ARPA e IZS;</li> <li>- stabilire un protocollo per l'utilizzo delle nuove prove analitiche prima del loro impiego nel controllo ufficiale;</li> <li>- revisione del Protocollo tecnico;</li> <li>- formazione locale degli operatori e valutazione della qualità e appropriatezza del campionamento e della gestione del risultato analitico;</li> </ul> |   |                    |                    |
| <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale</p>  |  |   |                    |                    |
| <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |  |   |                    |                    |
| <p><b>Indicatori di processo</b></p>   | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>   |   |                    |                    |
| <p>Percentuale di prove analitiche, previste dall'Accordo, che sono attribuite al laboratorio assegnatario, secondo il cronoprogramma</p>  | <p><b>2015</b></p>   | <p><b>2016</b></p>                          | <p><b>2017</b></p> | <p><b>2018</b></p> |
| <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/><b>Protocollo tecnico revisionato per le analisi microbiologiche che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste (comunitarie, nazionali e locali, ivi incluse quelle laboratoristiche)</b></p> |  |   |                    | <p><b>1</b></p>    |

|  |   |        |  |             |             |             |
|--|---|--------|--|-------------|-------------|-------------|
| <p>Azione 9.8.1<br/><b>Migliorare la qualità nutrizionale e la sicurezza dell'offerta alimentare</b></p> <p>Oc.10.9<br/>Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici o intolleranti.</p> <p>Oc.10.10<br/>Ridurre i disordini da carenza iodica.</p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Migliorare la conoscenza e la capacità di gestione dei rischi nutrizionali e da allergeni da parte degli operatori del settore alimentare.<br/>Aumentare la disponibilità di alimenti salutari.</p>   |        | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/>9.8.</p>     |             |             |             |
|  | <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi di sorveglianza/ vigilanza nutrizionale nelle ristorazione collettive e negli esercizi di vendita.</li> <li>- Accordi con imprese alimentari/Associazioni per il miglioramento della qualità nutrizionale anche mediante riformulazioni di prodotto.</li> <li>- Interventi informativi /formativi finalizzati ad aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici o intolleranti.</li> <li>- Interventi per verificare la disponibilità e l'utilizzo di sale iodato nelle ristorazioni collettive e negli esercizi di vendita.</li> <li>- Corsi di formazione per operatori del settore alimentare.</li> </ul> |        |  |             |             |             |
|  | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale/locale</p>  |        |  |             |             |             |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |        |  |             |             |             |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>  |        | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p> |             |             |             |
|  |   |        | <b>2015</b>                                      | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|  | <p><b>Indicatore sentinella:</b><br/><b>Raccolta annuale dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato e trasmissione al MS e ISS secondo il percorso standardizzato previsto</b></p>  |        |  | <b>1</b>    | <b>1</b>    | <b>1</b>    |
| <p>Eventi informativi/formativi per gli operatori del settore alimentare/anno</p>  |   | 1/ ASL | 1/ ASL   | 1/ ASL      | 1/ ASL      |             |
| <p>Interventi di vigilanza/valutazione nutrizionale nella ristorazione collettiva</p>  |   | 20/ASL | 20/ASL   | 20/ASL      | 20/ASL      |             |

|  |   |            |  |                    |                    |                    |
|--|---|------------|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| <p>Azione 9.9.1<br/><b>Formazione del personale delle Autorità competenti</b></p> <p>Oc.10.11<br/>Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale.</p>  | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Assicurare che il personale delle autorità competenti regionale e locali, sia adeguatamente formato.</p>  |            | <p><b>OSR cui si riferisce:</b><br/>9.9</p>      |                    |                    |                    |
|  | <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>La formazione ed il mantenimento del livello di aggiornamento del personale incaricato di svolgere i controlli ufficiali sulle filiere agro-alimentari è un requisito cogente previsto del regolamento CE n. 882/2004. Anche le linee guida del WHO evidenziano l'importanza che le verifiche siano effettuate da personale in grado di identificare i determinanti di rischio e imporre misure appropriate per il loro controllo.</p> <p>Attività previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisporre, attuare e riesaminare un programma di formazione regionale che preveda un coordinamento degli eventi formativi regionali e locali.</li> </ul> |            |  |                    |                    |                    |
|  | <p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale</p>   |            |  |                    |                    |                    |
|  | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>  |            |  |                    |                    |                    |
|  | <p><b>Indicatori di processo</b></p>  |            | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p> |                    |                    |                    |
|  |   |            | <p><b>2015</b></p>                               | <p><b>2016</b></p> | <p><b>2017</b></p> | <p><b>2018</b></p> |
|  | <p>Completamento programma di formazione ACR/ACL del personale addetto ai controlli ufficiali</p>   |            | <p>80%</p>                                       | <p>90%</p>         | <p>95%</p>         | <p>100%</p>        |
|  | <p>Numero eventi formativi/anno</p>   |            | <p>1</p>   | <p>1</p>           | <p>1</p>           | <p>1</p>           |
| <p>Percentuale di personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR formato per il corso base (approfondimento del pacchetto igiene) previsto dall'Accordo/totale del personale afferente ai servizi dell'Autorità competente</p> |   | <p>95%</p> | <p>95%</p>                                       | <p>97%</p>         | <p>100%</p>        |                    |
| <p>Presenza della programmazione della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del percorso base</p>  |   | <p>25%</p> | <p>50%</p>                                       | <p>75%</p>         | <p>100%</p>        |                    |



|   |   |   |                                      |                 |                 |
|---|---|---|--------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Azione 9.10.1<br><b>Audit sulle Autorità competenti</b><br><br>Oc.10.12<br>Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004. | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Assicurare che vengano effettuati gli audit sulle autorità competenti   |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br>9.10 |                 |                 |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br><br>L'efficacia dei controlli ufficiali è considerato un requisito irrinunciabile per garantire la sicurezza degli alimenti in commercio. Le norme europee prevedono che le autorità competenti siano pertanto sottoposte a verifiche periodiche per valutarne l'effettiva capacità di svolgere i controlli ufficiali e assicurare il rispetto delle norme da parte degli OSA. Specificatamente per il servizi veterinari, l'Organizzazione Internazionale per le Epizootie (OIE), inserita nell'organizzazione mondiale per la sanità (OMS/WHO), ha individuato dei livelli di performance per garantire l'efficacia delle azioni (The OIE Tool for the Evaluation of Performance of Veterinary Services - <a href="http://www.oie.int/support-to-oie-members/pvs-evaluations/oie-pvs-tool/">http://www.oie.int/support-to-oie-members/pvs-evaluations/oie-pvs-tool/</a> ).<br>Attività previste:<br>- approvare le linee guida definitive per gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004 e programmare gli interventi per il periodo 2015-2018;<br>- realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004. |   |                                      |                 |                 |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale  |   |                                      |                 |                 |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |   |                                      |                 |                 |
|   | <b>Indicatori di processo</b>   | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |                                      |                 |                 |
|   |   | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>                          | <b>2017</b>     | <b>2018</b>     |
|   | Approvazione linee guida definitive   |   |                                      |                 | 100%            |
|   | <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>Numero audit sulle ACL/anno</b>   | <b>da 4 a 6</b>                           | <b>da 4 a 6</b>                      | <b>da 4 a 6</b> | <b>da 4 a 6</b> |
| Numero audit su ACR/anno  | 1   | 1   | 1                                    | 1               |                 |
| Documento di rendicontazione dell'attività di audit svolta con riesame del programma  | 1   | 1   | 1                                    | 1               |                 |

|  |  |   |                                      |             |             |
|--|--|---|--------------------------------------|-------------|-------------|
| Azione 9.11.1<br><b>Definire strategie di comunicazione</b>        | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Miglioramento della comunicazione a soggetti istituzionali e portatori di interesse  |   | <b>OSR cui si riferisce:</b><br>9.11 |             |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>In regione Piemonte da diversi anni è previsto, ed inserito annualmente nel PRISA, uno specifico indirizzo alle ASL per le attività di comunicazione a soggetti istituzionali e portatori di interesse in materia di sicurezza alimentare ed attività di controllo. Le ASL inseriscono tale attività nel Piano aziendale integrato sicurezza alimentare (PAISA). Le modalità di attuazione di tali interventi sono però a volte disomogenee e migliorabili sul piano dell'efficacia. Per tale ragione si prevede di fare una valutazione delle attività in corso e delle metodologie utilizzate per poi procedere alla stesura di nuovi indirizzi per il miglioramento e l'implementazione dei programmi di comunicazione regionali e delle ASL.<br>Attività previste:<br>- elaborazione di documenti/ relazioni sintetiche su programmi e risultati del controllo ufficiale, aggiornamenti su tematiche di attualità. Condivisione di metodologie di comunicazione efficace;<br>- definizione e implementazione di una strategia di comunicazione dell'ACR e delle ACL. |   |                                      |             |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale   |   |                                      |             |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |                                      |             |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |                                      |             |             |
|  |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>                          | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|  | Redazione documento di analisi e indirizzo per le attività di comunicazione  |   | 1                                    |             |             |
| Numero interventi coordinati di comunicazione/anno in tutte le ASL |  |   |                                      | 100%        |             |

**PROGRAMMA 10**

**GOVERNANCE, ORGANIZZAZIONE E MONITORAGGIO  
DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE**

| Macro obiettivi   | Obiettivi centrali   | Obiettivi specifici regionali  | Indicatore OSR  | Standard OSR  |
|---|--|--|---|---|
| <p>Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione</p> | <p>Utilizzare i dati derivanti dai sistemi di sorveglianza di popolazione per la pianificazione sanitaria</p> <p>Rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci;</p> <p>Implementare nuovi interventi più costo-efficaci;</p> <p>Estendere a tutto il territorio un sistema informativo che sorvegli qualità e quantità delle azioni di promozione della salute, che sia in grado di selezionare e valorizzare le buone pratiche, di monitorare le attività e quantificarne il consumo di risorse;</p> <p>Adeguare l'information technology e integrare i sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale;</p> <p>Inserire/rafforzare gli indicatori di copertura dei principali interventi di popolazione e gli indicatori di risultato dei direttori generali e della remunerazione di risultato dei professionisti;</p> <p>Utilizzare gli strumenti di gestione e budgeting aziendali per aumentare l'efficienza nell'ottemperare agli adempimenti normativi;</p> <p>Sviluppare il ruolo di steward della prevenzione a livello sia regionale sia di asl nella relazione con i portatori di interesse non del sistema sanitario e con le altre strutturazioni organizzative del sistema sanitario.</p> | <p><b>OSR 10.1.</b> Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa</p> <p><b>OSR 10.2.</b> Presidiare la selezione e implementazione di interventi efficaci</p> <p><b>OSR 10.3.</b> Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale</p> <p><b>OSR 10.4.</b> Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano</p> <p><b>OSR 10.5.</b> Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano</p> | <p><b>Indicatore OSR 10.1</b><br/>Relazione annuale con i risultati del monitoraggio</p> <p><b>Indicatore OSR 10.2</b><br/>Attivazione del laboratorio regionale della prevenzione EBP</p> <p><b>Indicatore OSR 10.3</b><br/>Atto regionale</p> <p><b>Indicatore OSR 10.4</b><br/>Aziende che hanno realizzato eventi formativi per operatori/ totale Aziende</p> <p><b>Indicatore OSR 10.5</b><br/>Eventi /incontri/ tavoli tematici a sostegno delle politiche per la salute e per gli obiettivi di del Piano a livello regionale e nelle ASL</p> | <p><b>Standard OSR 10.1</b><br/>Relazione presente</p> <p><b>Standard OSR 10.2</b><br/>Laboratorio attivo</p> <p><b>Standard OSR 10.3</b><br/>Atto presente</p> <p><b>Standard OSR 10.4</b><br/>100%</p> <p><b>Standard OSR 10.5</b><br/>Un evento regionale ed eventi nel 100% delle ASL</p> |

## Quadro strategico

Dal 2009<sup>1</sup> la Regione Piemonte si è dotata di una architettura organizzativa per la prevenzione che valorizza il ruolo di *stewardship*, articolato su un livello regionale (CORP e Assemblea dei Servizi) e un livello locale (Direzioni integrate della prevenzione). L'obiettivo era di migliorare integrazione e coordinamento delle attività di prevenzione, comprese quelle che si attuano al di fuori del Dipartimento di Prevenzione, nonché di coadiuvare le funzioni di governo a livello regionale e locale. Tale architettura è stata sostanzialmente confermata dal Piano socio sanitario regionale 2012-2015<sup>2</sup>.

Il **Coordinamento operativo regionale della prevenzione (CORP)** ha una composizione multidisciplinare e multisetoriale: al suo interno infatti sono rappresentate le principali strutture di supporto regionali (SSEPI, DoRS, CPO, ARPA, IZS) che portano la loro competenza nell'utilizzo dei dati per la definizione delle priorità, nella ricerca dell'efficacia e dell'innovazione e nella valutazione delle performance; sono inoltre presenti i referenti delle Direzioni integrate della Prevenzione (o Coordinatori di Piano locale della prevenzione - PLP), rappresentativi anche delle diverse strutture ASL e in grado quindi di evidenziare esigenze e criticità locali. Il CORP ha il compito di redigere la proposta di Piano regionale di prevenzione e di supportarne la realizzazione, attraverso l'elaborazione e diffusione di informazioni (atlanti, documenti, linee di indirizzo ...), la formazione (seminari o workshop tematici), lo sviluppo di procedure e percorsi integrati, l'assistenza alla misurazione e valutazione delle performance, la comunicazione dei risultati. Come da indicazioni ministeriali, il PRP ha un coordinatore operativo che ne garantisce la continuità e la rispondenza ai criteri previsti dal Piano nazionale. Nel periodo 2009-2013, oltre a elaborare il PRP 2010-2012 e la proroga 2013, il CORP ha collaborato alla stesura di documenti di indirizzo annuali per la programmazione PLP e la rendicontazione dei risultati; sono stati realizzati workshop di supporto all'attuazione delle azioni di Piano che hanno in alcuni casi portato a una progettazione condivisa; sono stati monitorati i progetti del PRP per la rendicontazione ai fini LEA ed è stata ottenuta la certificazione ministeriale annuale del Piano. In base alle necessità, sono stati creati gruppi di lavoro ristretti, quali ad esempio la segreteria, con il compito di curare la disamina delle problematiche principali e formulare proposte di lavoro per il CORP; gruppi per la stesura di specifici documenti o linee d'indirizzo per il PLP; ecc.

Nel corso degli anni sono emerse alcune criticità legate alla partecipazione effettiva e rappresentatività delle referenze tecniche, al bisogno di rafforzarne il ruolo di coordinamento in raccordo con chi fa programmazione. Esiste quindi un bisogno di rafforzamento del ruolo di governance anche mediante la ridefinizione della sua composizione e revisione dei criteri di funzionamento.

L'**Assemblea** dei Servizi di prevenzione nelle intenzioni rappresentava il luogo d'incontro e integrazione tra tutti i Servizi che erogano direttamente prestazioni di prevenzione o che concorrono (direttamente o indirettamente) a essa, quindi con funzione consultiva e propositiva nei confronti del CORP; dal 2009 a oggi l'Assemblea si è riunita quattro volte, prevalentemente al fine di condividere la proposta di Piano regionale di prevenzione. L'ultima convocazione risale al 2012, pertanto si può dire che le sue potenzialità non sono state sfruttate appieno.

A livello locale, la **Direzione integrata della prevenzione (DIP)**, pensata con la funzione di integrare, coordinare e armonizzare attività e strutture aziendali rispetto agli obiettivi del PRP, ha svolto finora il compito della redazione e coordinamento del Piano Locale di Prevenzione (PLP), dello sviluppo di azioni di accompagnamento e supporto alla sua realizzazione, del monitoraggio dello stato di attuazione e del grado di raggiungimento degli obiettivi, della rendicontazione annuale di attività e risultati. Pur in assenza, in alcuni casi, di strutture formalmente costituite, in tutte le ASL nel periodo 2010-2014 è stato redatto annualmente il PLP integrato per obiettivi di salute e coerente con gli obiettivi regionali; l'attuazione del PLP ha richiesto la collaborazione di gruppi di lavoro aziendali composti da operatori del Dipartimento di Prevenzione, SERT, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.: ciò ha consentito di condividere informazioni, bisogni, priorità e metodi al fine di pervenire a una progettazione coordinata e condivisa. Nel tempo alcune DIP sono state soppresse e la funzione di coordinamento del PLP è stata svolta, non senza difficoltà, da operatori e/o strutture prevalentemente afferenti al Dipartimento di Prevenzione; con la DGR n. 21-5144 del 28/12/2012 la funzione della Direzione integrata è stata infine attribuita al direttore del Dipartimento, il quale "individua, per il governo unitario della prevenzione, modalità di coordinamento ed integrazione con le altre aree sanitarie coinvolte in attività di prevenzione, che non comportino l'attivazione di strutture organizzative".

<sup>1</sup> DGR n. 24-10835 del 23/02/2009.

<sup>2</sup> DCR n. 167-14087 del 3/04/2012

Il PNP richiama la funzione di *stewardship*, a cui la letteratura internazionale attribuisce un ruolo di determinante di qualità ed efficacia degli interventi del sistema sanitario.

Le funzioni di *stewardship* richiedono tempo dedicato e riconoscimento del ruolo. La mancata concettualizzazione del proprio ruolo di steward, sia a livello regionale che aziendale, nonché la mancanza di tempo per lo più legata alla sovrapposizione di incarichi, non ha consentito di completare tutte le azioni programmate. Il percorso compiuto dal 2010 al 2014 ha visto un progressivo decadimento della qualità dei risultati man mano che si indeboliva l'architettura di governo del Piano. L'assenza di un'analisi strutturata dei portatori di interesse da coinvolgere non ha consentito di mettere in campo tutte le risorse utili al raggiungimento degli obiettivi del PNP. L'assenza di una sistematica rassegna delle possibili sinergie con strutturazioni organizzative diverse da quelle responsabili delle attività di prevenzione ha spesso compromesso l'integrazione delle diverse attività in un insieme armonico e finalizzato. Particolarmente difficoltoso è risultato il coinvolgimento dei MMG.

Da un'analisi svolta in forma di *world café* in ambito CORP (5 giugno 2014), sono emerse le seguenti criticità:

- Scarsa comprensione del significato del Piano e di *governance*
- Piano di prevenzione vissuto come adempimento
- Difficoltà di armonizzazione del Piano con la programmazione di servizio
- Flussi informativi inadeguati per alcuni obiettivi di salute prioritari

Queste le proposte formulate dagli operatori:

- Favorire il riconoscimento della funzione di Direzione integrata da parte delle Direzioni aziendali
- Migliorare il modello di governance e di organizzazione e definirne più chiaramente le funzioni a livello regionale e locale
- Valorizzare i Piani di prevenzione
- Costruire sistemi di valutazione e flussi informativi dove carenti

Le criticità evidenziate e le proposte formulate dagli operatori mettono in evidenza che occorre prevedere azioni di miglioramento del modello organizzativo, affinché il coordinamento regionale e quello locale possano più efficacemente svolgere la funzione di *stewardship* indicata dal PNP come un determinante di interventi più o meno efficaci.

## Utilizzo delle prove di efficacia

I due principi-guida dell'odierno approccio a programmi, politiche e pratiche di promozione della salute e prevenzione delle malattie sono:

- l'utilizzo delle prove di efficacia per guidare le scelte;
- la valutazione dell'impatto sulla salute delle azioni implementate.

La risposta alle domande "quale intervento funziona?" e "l'intervento implementato è stato costo-efficace?" richiede informazioni circa l'efficacia degli interventi contro i principali fattori di rischio, i suoi costi in termini economici e di risorse, oltre che sul contesto, sul problema, sull'impatto verso le disuguaglianze, sulla trasferibilità e sostenibilità, oltre che sulla accettabilità da parte dei portatori di interesse.

La *Evidence-based prevention* (EBP, prevenzione basata sulle prove di efficacia) si propone di selezionare gli interventi per i quali è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia, e di identificare quelle pratiche per cui è stata dimostrata l'inutilità o l'inefficacia.

**In Italia**, l'iniziativa EBP nasce nel settembre 1999 a Bologna in seguito alla riunione del primo gruppo promotore, e si consolida nel 2007 con la nascita il Network Italiano di EBP (NIEBP)<sup>3</sup>, nato nel 2007, cui partecipa il Dipartimento di Medicina Traslazionale dell'Università del Piemonte Orientale. Il NIEBP è inserito dal 2014 fra le azioni centrali del CCM, e ha lo scopo fornire alle regioni sintesi dell'efficacia degli interventi di prevenzione, a partire dalla letteratura scientifica, a beneficio degli operatori e policy-maker della prevenzione.

In Regione Piemonte nel 2001/2002 il progetto "Prevenzione efficace" ha lavorato principalmente sul versante "destruens", volto a rimuovere pratiche inutili tra quelle in capo alla Sanità Pubblica e ha prodotto una lista di adempimenti aboliti a livello regionale con la LR 15/2008: certificazioni medico legali, obblighi in materia di medicina scolastica, polizia mortuaria, pareri per l'edilizia, procedure in ambito veterinario, adempimenti per alimentaristi, parrucchieri, estetisti, apprendisti minori non a rischio. Sul versante "construens" sono state elaborate le Linee Guida clinico-organizzative sulla cessazione del tabagismo<sup>4</sup>, indicazioni per luoghi di lavoro

<sup>3</sup> <http://niebp.agenas.it/default.aspx>

<sup>4</sup> [www.snlg-iss.it/cms/files/lgcessazionefumoweb.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/lgcessazionefumoweb.pdf)

senza fumo<sup>5</sup> oltre a indicazioni sugli strumenti per la prevenzione del rischio cardiovascolare, dell'obesità, degli incidenti stradali e domestici, delle allergie e intolleranze alimentari, al controllo dei rischi chimici e fisici emergenti.

Il PNP 2014-2018 sollecita esplicitamente, nella *vision* e nei principi, l'adozione di interventi efficaci e la valutazione costo-efficacia.

È pertanto obiettivo del PRP 2014-2018 pianificare una serie di azioni di supporto all'adozione di interventi efficaci e di valutazione di impatto degli stessi sulla salute. Queste azioni dovranno essere pianificate in accordo con il NIEBP, al fine di coordinare le azioni e di contribuire, quando possibile, agli obiettivi del network stesso.

## **Monitoraggio e contrasto disuguaglianze**

Come mostrato nel paragrafo relativo al profilo delle disuguaglianze sociali nella salute dei piemontesi, l'applicazione di un semplice esercizio di ricerca di priorità ha permesso di quantificare di quanto si potrebbe ridurre la prevalenza di un fattore di rischio nell'intera popolazione se si potessero eliminare le disuguaglianze associate alle differenti esposizioni per livello di istruzione. Ciò ha consentito di classificare i fattori di rischio sulla base del loro potenziale impatto positivo: ad esempio, eliminare le disuguaglianze nel fumo di oltre 15 sigarette al giorno avrebbe nella popolazione piemontese maschile, sia per la forte connotazione sociale sia per la prevalenza del problema nell'intera popolazione, un impatto maggiore (in termini di riduzione del comportamento a rischio) di quello derivante dalla cancellazione della disomogenea distribuzione sociale del diabete.

Tuttavia altre considerazioni dovrebbero essere incluse all'interno di un ragionamento più articolato e completo dei fattori di rischio verso i quali converrebbe concentrare i maggiori sforzi della prevenzione. Innanzitutto bisogna sottolineare come a riduzioni simili nella prevalenza di fattori di rischio possano corrispondere effetti sulla salute molto differenti: diminuire l'esposizione al rumore in ambito lavorativo può essere meno importante, in termini di incidenza e di gravità di potenziali patologie evitate, del contrastare con ugual efficacia il consumo eccessivo di bevande alcoliche. Individuare e quantificare, dunque, i rischi associati ad ogni determinata esposizione è un primo elemento che dovrebbe arricchire la stima dei potenziali impatti. Ma un altro aspetto importante dovrebbe derivare dall'identificazione dei gruppi maggiormente vulnerabili ad una determinata esposizione. Nel profilo di salute gli impatti sono stati stratificati per genere, ma lo stesso potrebbe essere fatto per altre caratteristiche demografiche o sociali (quali l'età, la nazionalità, o la condizione professionale) o per altre dimensioni importanti come ad esempio i principali setting di intervento della prevenzione. Tale focus consentirebbe di aumentare ancor di più l'efficienza delle potenziali azioni di prevenzione, indicando i sottogruppi di popolazione che maggiormente potrebbero beneficiare degli interventi.

## **Monitoraggio del Piano**

Allo scopo di garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano per il 2018 è stato definito un piano di monitoraggio degli indicatori affidato a un apposito gruppo di lavoro. L'esperienza maturata con il precedente Piano di Prevenzione insegna che lo sforzo di definire indicatori e di attribuire ad essi un valore numerico viene compiuto nella fase di stesura del Piano, ma, frequentemente, non prosegue poi nel periodo di vigenza del Piano stesso. Viene così a mancare un'attività di costante monitoraggio del processo di attuazione del Piano che consenta di intervenire tempestivamente su criticità che compromettono il conseguimento degli obiettivi finali.

Il gruppo di lavoro dedicato al monitoraggio del Piano avrà esattamente questo compito; assicurare, nell'ambito di una più ampia *governance*, la costante sorveglianza del percorso di attuazione del PRP, anche attraverso la realizzazione di attività formative (nel campo della valutazione di processo e di esito) rivolte agli operatori delle ASL.

---

<sup>5</sup> [www.oed.piemonte.it/pubblc/5\\_PRAT/Raccomandazioni\\_ambienti\\_di\\_lavoro\\_liberi\\_dal\\_fumo.pdf](http://www.oed.piemonte.it/pubblc/5_PRAT/Raccomandazioni_ambienti_di_lavoro_liberi_dal_fumo.pdf)

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva

Il programma Governance intende valorizzare quanto di buono è stato creato in questi anni con le funzioni di coordinamento istituite a livello regionale con il CORP e a livello locale con le Direzioni Integrate della Prevenzione. L'impianto generale del sistema di governance sarà migliorato e rafforzato, alla luce delle criticità emerse, con appositi documenti di indirizzo che consentano di affrontare con più efficacia gli impegni previsti dal nuovo programma regionale. Saranno presidiate con particolare attenzione le azioni di censimento delle fonti informative e rafforzamento dei sistemi di sorveglianza a sostegno della definizione dei bisogni di salute e del monitoraggio e valutazione delle azioni, l'utilizzo di prove di efficacia e l'attenzione alle disuguaglianze. Percorsi formativi e laboratoriali sono previsti per accrescere le competenze tecniche degli operatori e condividere modalità di lavoro a vantaggio di una maggiore trasversalità ed omogeneità degli interventi sul territorio.

In sintesi le azioni previste:

Azioni per OSR 10.1. Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa:

- Censimento fonti informative ed eventuale revisione/adattamento dei flussi
- Sorveglianze di popolazione
- Monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze

Azioni per OSR 10.2. Presidiare la selezione e implementazione di interventi efficaci:

- Attivazione di un laboratorio di prevenzione finalizzato alla selezione di pratiche efficaci di prevenzione primaria e secondaria efficaci per i fattori di rischio e ad elaborare una procedura di valutazione costo-benefici e costo-efficacia delle attività selezionate

Azioni per OSR 10.3. Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale:

- Elaborazione di una proposta di revisione organizzativa con specificazione delle funzioni regionali e locali, da farsi nel corso del 2015-2016 che consideri: la cura della comunicazione interna e del raccordo della rete di operatori coinvolti; il coordinamento gruppi trasversali (es. GSP), il raccordo e la collaborazione tra diversi programmi del piano che concorrono a obiettivi comuni.
- Introduzione ed implementazione dello strumento dell'audit per valutare i livelli di conformità e coerenza dei PLP rispetto alle indicazioni del PRP.

Azioni per OSR 10.4. Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano:

- Realizzazione eventi informativi e formativi a livello regionale e locale per accrescere le competenze, migliorare la qualità degli interventi e promuovere la cultura della prevenzione come strategia delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali, anche in funzione di un razionale utilizzo di risorse.

Azioni per OSR 10.5. Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano:

- Predisporre la comunicazione istituzionale a supporto degli obiettivi di Piano e sostenere la partecipazione sociale alle decisioni e politiche per la salute.

### Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma

La continuità dell'azione amministrativa regionale è un fattore che può facilitare o, viceversa, ostacolare il buon esito delle azioni previste.

Inoltre possono influenzare gli esiti del programma:

- la possibilità di collaborare con soggetti interni ed esterni alla sanità (es. Distretti, enti locali, altri Assessorati regionali);
- i vincoli di bilancio;
- la possibilità di un ricambio generazionale nelle ASL e nell'Amministrazione regionale; possibilità di adeguamento dei compiti alla work ability del personale in servizio.



|  |  |  |             |             |             |
|--|--|--|-------------|-------------|-------------|
| Azione 10.1.1<br><b>Censimento fonti informative ed eventuale revisione/adattamento dei flussi</b> | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Assicurare un'adeguata base informativa per il monitoraggio e la valutazione del Piano.  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 10.1.</b> Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa. |             |             |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br><br>Attività principali:<br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. Censimento dei punti critici relativi ai sistemi informativi nei programmi del Piano, in collaborazione con i gruppi di lavoro e i referenti dei programmi del Piano.</li> <li>2. Proposta di azioni correttive in collaborazione con i soggetti titolari dei sistemi informativi.</li> <li>3. Segnalazione al settore flussi informativi dei fabbisogni riscontrati.</li> <li>4. Implementazione delle soluzioni proposte: nuovi flussi, record linkage tra flussi, nuove modalità di analisi o input ai servizi di supporto, ecc.</li> <li>5. Portare a regime la banca dati ProSa per tutti gli interventi di promozione della salute, attraverso l'estensione dell'utilizzo; prevedere interventi formativi o informativi per la presentazione degli indicatori; definire un set di indicatori per il monitoraggio delle attività di promozione della salute.</li> </ol> |  |             |             |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, puntuale   |  |             |             |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |  |             |             |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |             |             |             |
|  |  | <b>2015</b>  | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|  | Presenza di un documento di analisi dei punti critici nei sistemi informativi  | Documento presente   |             |             |             |
| N. proposte condivise / n. punti critici individuati   |  | 25%  | 50%         | 75%         |             |
| Numero soluzioni attuate sul totale delle proposte   |  |  | 30%         | 50%         |             |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>N. ASL che utilizzano ProSa per la rendicontazione PLP</b>     | <b>Presenza set di indicatori per monitoraggio progetti</b>  | <b>50%</b>   | <b>75%</b>  | <b>100%</b> |             |

|  |   |                      |  |                      |                      |
|--|---|----------------------|--|----------------------|----------------------|
| Azione 10.1.2.<br><b>Sorveglianze di popolazione</b>   | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Utilizzo per la pianificazione e il monitoraggio del piano<br>Garantire l'attuazione delle sorveglianze secondo i protocolli prestabiliti   |                      | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 10.1.</b> Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa. |                      |                      |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Attività principali:<br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinamento, analisi e comunicazione dei risultati delle sorveglianze di popolazione.</li> <li>2. Esecuzione delle azioni previste a livello nazionale per le singole sorveglianze.</li> <li>3. Definizione del modello organizzativo.</li> </ol> |                      |  |                      |                      |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale, puntuale  |                      |  |                      |                      |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018   |                      |  |                      |                      |
|  | <b>Indicatori di processo</b>   |                      | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |                      |                      |
|  |   |                      | <b>2015</b>  | <b>2016</b>          | <b>2017</b>          |
| <b>Indicatore sentinella:</b><br><b>N. ASL che rispettano gli indirizzi annuali sul totale delle ASL</b> |   | <b>100%</b>          | <b>100%</b>  | <b>100%</b>          | <b>100%</b>          |
| Aggiornamento dati delle sorveglianze nelle programmazioni annuali                                       |   | 100% dati aggiornati | 100% dati aggiornati   | 100% dati aggiornati | 100% dati aggiornati |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Azione 10.1.3.<br/><b>Monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze</b></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b><br/>Attuare <i>health equity audit</i> sui programmi del piano</p>   | <p><b>OSR cui si riferisce</b><br/><b>OSR 10.1.</b> Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa.</p> |
|  | <p><b>Descrizione dell'azione</b><br/>Nei prossimi anni il Piemonte sarà capofila di un progetto CCM mirato alla realizzazione nei diversi programmi di attività di audit orientato all'equità, definiti in letteratura come <i>health equity audit</i>, procedura che ha appunto come obiettivo l'individuazione sistematica di tutti i possibili meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute e la facilitazione della costruzione di interventi sanitari efficaci ed attenti all'equità. Ma non solo, l'<i>health equity audit</i> ha anche la funzione di valutare e svelare, attraverso l'applicazione di griglie ad hoc e il coinvolgimento di attori ed esperti, provenienti anche da settori non sanitari, l'insieme delle risorse e degli ostacoli esistenti in un determinato contesto che possono facilitare od ostacolare l'implementazione di azioni di prevenzione. Permette così di rilevare le energie già stanziate o il livello di capacità da parte degli operatori di lettura dei bisogni e di implementazione di interventi appropriati; di individuare carenze organizzative oppure la presenza di reti multidisciplinari, così come di eventuali alleanze con attori sociali e decisori politici attraverso le quali promuovere processi virtuosi e sinergici di collaborazione. Oltre alla progettazione ed implementazione di <i>health equity audit</i>, la Regione si impegnerà anche a promuovere attività di formazione su questa tematica, al fine di accrescere le capacità degli operatori piemontesi e non (corsi di specializzazione sono previsti anche al di fuori del territorio regionale) di leggere, interpretare i bisogni di salute e di prevenzione dei differenti gruppi sociali e di impostare adeguati interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute. Il risultato atteso dell'<i>health equity audit</i> è una ricalibrazione delle azioni previste da ogni programma del PRP in modo che essa contribuisca a moderare le disuguaglianze di salute; la ricalibrazione potrà consistere in due tipi di correzione: a) indirizzare l'allocazione delle azioni previste da ogni progetto del PRP in proporzione della densità del bisogno di prevenzione (e cioè proprio maggiormente in quelle aree geografiche e gruppi sociali più svantaggiati che hanno più alta prevalenza di esposizione), b) revisionare l'impostazione dell'azione in funzione della particolare vulnerabilità di specifici gruppi sociali per migliorarne l'efficacia attesa. Il progetto di <i>health equity audit</i> potrà essere svolto secondo due formati: uno rapido per tutti i programmi del PRP (orientato solo a dare eventuali indirizzi allocativi per le situazioni più meritevoli) e uno approfondito (destinato ad analizzare in modo preciso meccanismi e a revisionare la fondatezza dell'efficacia attesa delle azioni in quelle situazioni in cui l'impatto atteso delle disuguaglianze da correggere risulterà maggiore). Saranno inoltre inseriti criteri relativi al monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze negli audit di piano (cfr azione 10.3.2). La realizzazione degli <i>health equity audit</i> e più in generale il tentativo di contrastare le disuguaglianze di salute potranno inoltre avvalersi di altre azioni di sistema che la Regione sta promuovendo e promuoverà negli anni futuri, al fine da una parte di fornire informazioni e dati utili e di evidenziare impatti sulla salute finora rimasti poco esplorati, dall'altra di favorire la partecipazione e il coinvolgimento di attori esterni, decisori politici e degli operatori sanitari (i cosiddetti <i>stakeholder</i>) in una meccanismo di regia condivisa e partecipata delle azioni che hanno rilevanza per la salute e le disuguaglianze di salute. Per quanto riguarda il primo aspetto la regione Piemonte è impegnata nella produzione e disseminazione di due documenti che servono a far luce sulla grandezza delle disuguaglianze di salute, sui principali determinanti che ne configurano l'andamento e sull'efficacia delle politiche e degli interventi di contrasto adottati fino ad oggi; i documenti offrono quindi alla società piemontese e al SSR un quadro da cui parte il PRP per concorrere con le sue azioni di prevenzione al cambiamento. Si tratta del secondo Libro bianco sulle disuguaglianze sociali di salute in Italia<sup>6</sup> e della monografia su 40 anni di salute e di contrasto all'iniquinà nel territorio della città di Torino.</p> |  |
|  | <p><b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale</p> <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |  |

<sup>6</sup> Costa G, Marra M, Zengarini N et al. (a cura di). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.

|  | Indicatori di processo   | Standard per anno di applicabilità |  |  |  |
|--|--|------------------------------------|--|--|--|
|  |  | 2015                               | 2016   | 2017   | 2018   |
|  | N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> rapido/previsti                                     | 50%                                | 100%   | ---  | ---  |
|  | <b>Indicatore sentinella: N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito/previsti</b> | <b>25%</b>                         | <b>50%</b>                                       | <b>100%</b>                                      | <b>100%</b>                                      |
|  | Realizzazione corsi di formazione  |                                    | Almeno 1   | Almeno 1   |  |
|  | Comunità di pratica  | Avvio comunità di pratica          | Almeno una tematica condivisa tra i partecipanti | Almeno una tematica condivisa tra i partecipanti | Almeno una tematica condivisa tra i partecipanti |
|  | Sviluppo e implementazione sito  | Avvio sito diseguglianze           | Almeno 1 aggiornamento/mese                      | Almeno 1 aggiornamento/mese                      | Almeno 1 aggiornamento/mese                      |

|  |  |                                   |   |             |             |             |
|--|--|-----------------------------------|---|-------------|-------------|-------------|
| Azione 10.2.1.<br><b>Laboratorio della prevenzione</b> | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Selezionare pratiche di prevenzione primaria e secondaria efficaci per i fattori di rischio più rilevanti del PNP 14-18.<br>Elaborare una procedura di valutazione costo-benefici e costo-efficacia delle attività selezionate ai fini della programmazione della prevenzione  |                                   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 10.2.</b> Presidiare la selezione e implementazione di interventi efficaci. |             |             |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br>Sarà individuato un gruppo di esperti provenienti dal mondo accademico e dei servizi, che, dopo aver messo a punto gli strumenti metodologici opportuni, procederà alla selezione degli interventi, alla revisione costo-benefici e costo-efficacia. Le raccomandazioni prodotte dovranno costituire la base per il CORP per la revisione delle azioni di piano interessate. Le azioni saranno condotte in accordo con il NIEBP. Il Laboratorio si occuperà di pratiche di prevenzione primaria e secondaria.<br>Attività principali:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- costituzione del gruppo;</li> <li>- messa a punto degli strumenti metodologici;</li> <li>- raccordo con il NIEBP;</li> <li>- selezione degli interventi efficaci per i fattori di rischio prioritari secondo il Global Burden of Disease;</li> <li>- effettuare una valutazione economica;</li> <li>- produzione di raccomandazioni e istruzioni;</li> <li>- trasmissione delle raccomandazioni al CORP e applicazione delle raccomandazioni nella revisione del piano.</li> </ul> |                                   |   |             |             |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale con raccordo nazionale  |                                   |   |             |             |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |                                   |   |             |             |             |
|  |  | <b>Indicatori di processo</b>     | <b>Standard per anno di applicabilità</b>   |             |             |             |
|  |  |                                   | <b>2015</b>   | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
|  |  | Costituzione del gruppo di lavoro | X   |             |             |             |
|  | Elaborazione dei metodi e accordo con NIEBP  | X                                 |   |             |             |             |
|  | Selezione interventi   |                                   | X   | X           | X           |             |
|  | Valutazione economica  |                                   | X   | X           | X           |             |
|  | Elaborazione raccomandazioni e trasmissione al CORP  |                                   | X   | X           | X           |             |

|  |  |  |                       |             |             |
|--|--|--|-----------------------|-------------|-------------|
| Azione 10.3.1<br><b>Proposta<br/>revisione<br/>organizzativa</b>                     | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Ridefinire o rafforzare le strutture deputate alla governance del Piano di prevenzione, la loro composizione e i relativi compiti  | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 10.3.</b> Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale |                       |             |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br><br>Attività principali:<br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. elaborazione di un documento di analisi delle criticità e formulazione di una ipotesi di revisione organizzativa a sostegno del PRP, che prenda in considerazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- livello regionale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• funzionamento complessivo del CORP: criticità, funzioni, composizione, regole di funzionamento, ivi compresi i gruppi di lavoro su tematiche trasversali;</li> <li>• definizione dei rapporti con i servizi regionali di supporto;</li> <li>• referenti e funzioni di coordinamento dei programmi di Piano;</li> <li>• modalità di raccordo e collaborazione con le altre componenti sanitarie e altri settori regionali;</li> </ul> </li> <li>- livello aziendale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• funzioni, compiti e modalità organizzative per il coordinamento del PLP e dei singoli programmi nelle ASL;</li> <li>• modalità di raccordo e di collaborazione con il livello regionale;</li> <li>• modalità di raccordo e collaborazione con le altre istituzioni a livello di ASL;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>2. confronto e discussione proposta;</li> <li>3. approvazione e formalizzazione della proposta con atti a livello regionale e di ASL.</li> </ol><br>Destinatari: strutture ed operatori settore sanità e ASL. |  |                       |             |             |
| <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, puntuale.                                  |  |  |                       |             |             |
| <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018.   |  |  |                       |             |             |
| <b>Indicatori di processo</b>  |  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>  |                       |             |             |
|  |  | <b>2015</b>  | <b>2016</b>           | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| Formalizzazione revisione organizzativa  |  |  | Atto regionale        |             |             |
| Evidenza documentale di recepimento degli indirizzi regionali da parte delle aziende |  |  | Presenza 100% aziende |             |             |

|  |  |   |  |                     |             |
|--|--|---|--|---------------------|-------------|
| Azione 10.3.2<br><b>Implementazione audit del Piano di prevenzione</b> | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Garantire un sistema di monitoraggio e supporto alla realizzazione del PRP e dei PLP   |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 10.3.</b> Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale |                     |             |
|  | <b>Descrizione dell'azione</b><br><br>La Regione è annualmente sottoposta a certificazione, e quindi a una valutazione dell'operato, da parte del Ministero. Il raggiungimento dei risultati attesi del PRP è condizionato dalla messa in atto delle azioni a livello locale, nei PLP. Per assicurare l'effettivo raggiungimento dei risultati previsti dal Piano, pertanto, è necessario un sistema di monitoraggio e supporto alla realizzazione dei PLP.<br>Si individua lo strumento dell'audit per valutare i livelli di conformità e coerenza dei PLP rispetto alle indicazioni del PRP e fornire raccomandazioni ed elevare il livello generale di qualità del sistema.<br>Si dovrà individuare un gruppo di operatori (del quale dovranno far parte almeno tutti i coordinatori PLP) che svolgerà gli audit e che seguirà un apposito programma formativo, nei primi mesi 2016.<br>Gli standard organizzativi saranno valutati sulla base dei criteri previsti dal documento di revisione organizzativa generale (v. azione <i>Proposta di revisione organizzativa</i> ).<br>Sarà quindi definito un programma (calendario) di audit, in modo tale da poter realizzare gli audit in tutte le ASL nel 2017-2018.<br>I report degli audit saranno messi a disposizione dei Direttori Generali delle rispettive aziende.<br><br>L'audit a livello locale dovrà valutare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la corretta attuazione degli indirizzi per le funzioni di governance del PLP;</li> <li>• la concreta attuazione delle azioni e la loro coerenza con gli obiettivi e i programmi del PRP;</li> <li>• le azioni messe in atto per la formazione degli operatori, il contrasto alle disuguaglianze e il miglioramento della qualità degli interventi, i riferimenti alle evidenze di efficacia.</li> </ul> |   |  |                     |             |
|  | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale, puntuale   |   |  |                     |             |
|  | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |  |                     |             |
|  | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b> |  |                     |             |
|  |  | <b>2015</b>                               | <b>2016</b>  | <b>2017</b>         | <b>2018</b> |
|  | Individuazione gruppo di lavoro audit  | Almeno una convocazione                   |  |                     |             |
| Elaborazione programma di audit e standard di riferimento              |  | Documento presente                        |  |                     |             |
| Formazione degli operatori   |  | Corsi effettuati                          |  |                     |             |
| Svolgimento audit nelle asl  |  |   | 50% delle ASL  | 100% delle ASL      |             |
| Invio report audit ai DG   |  |   | 100% report inviati  | 100% report inviati |             |

|   |  |  |  |   |             |
|---|--|--|--|---|-------------|
| <p>Azione 10.4.1<br/><b>Realizzazione eventi informativi e formativi a livello regionale e locale</b></p> | <p><b>Obiettivi dell'azione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere la cultura della prevenzione come strategia delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali, anche in funzione di un razionale utilizzo di risorse</li> <li>• Aumentare la consapevolezza, tra gli operatori, delle funzioni e potenzialità del Piano di prevenzione</li> <li>• Accrescere le competenze per migliorare la qualità degli interventi</li> <li>• Riconoscere e ridurre le diseguaglianze sociali e adottare azioni di provata efficacia</li> <li>• Migliorare la capacità di utilizzare strumenti di comunicazione efficace</li> </ul> |  |  | <p><b>OSR cui si riferisce</b><br/><b>OSR 10.4.</b> Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano</p> |             |
|   | <p><b>Descrizione dell'azione</b></p> <p>Attività principali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Analisi dei bisogni formativi evidenziati nei Servizi</li> <li>2) Strutturazione di corsi di formazione per operatori sanitari sulle diverse aree tematiche ed a supporto dei diversi programmi del Piano</li> <li>3) Produrre indirizzi e supporto per l'organizzazione di corsi di formazione a sostegno del Piani locali nelle ASL</li> <li>4) Valutazione percorso formativo con costruzione di strumenti per il monitoraggio di processo e risultato</li> </ol>   |  |  |   |             |
|   | <p><b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale, puntuale</p>  |  |  |   |             |
|   | <p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>   |  |  |   |             |
|   | <p><b>Indicatori di processo</b></p>   |  | <p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p> |   |             |
|   |  |  | <b>2015</b>                                      | <b>2016</b>   | <b>2017</b> |
| Strutturazione del corso di formazione per operatori sanitari   |  |  | Documento presente                               |   |             |
| N. Aziende che hanno realizzato eventi formativi per operatori/ N. totale Aziende Sanitarie               |  |  | 50%  | 50%   | 100%        |

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| Azione 10.5.1<br><b>Comunicazione e partecipazione a sostegno delle politiche per la salute</b>   | <b>Obiettivi dell'azione</b><br>Migliorare la comunicazione e la collaborazione interistituzionale relativa agli obiettivi di piano e favorire la partecipazione sociale alle decisioni e politiche per la salute  |   | <b>OSR cui si riferisce</b><br><b>OSR 10.5.</b> Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano |  |
|   | <b>Descrizione dell'azione</b><br><br>Attività principali:<br>1. Elaborare modelli di partecipazione e format per la comunicazione del PRP e del PLP e adattabili alle specifiche esigenze regionali e locali.<br>2. Programmare annualmente incontri, seminari, tavoli tematici a supporto della programmazione regionale e locale in cui i risultati le criticità del piano vengono discussi per migliorare la nuova programmazione e rendere effettiva la collaborazione interistituzionale e la partecipazione sociale per lo sviluppo di politiche per la salute. |   |  |  |
|   | <b>Livello cui si colloca:</b> regionale e locale  |   |  |  |
|   | <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018  |   |  |  |
|   | <b>Indicatori di processo</b>  | <b>Standard per anno di applicabilità</b>       |  |  |
|   | <b>2015</b>  | <b>2016</b>                                     | <b>2017</b>  | <b>2018</b>                                      |
| Documenti di indirizzo la comunicazione e la partecipazione a sostegno degli obiettivi del Piano  | --   | Almeno un documento di indirizzo                |  |  |
| Eventi /incontri/ tavoli tematici a sostegno delle politiche per la salute e per gli obiettivi di del Piano a livello regionale e nelle ASL | --   | Un evento regionale ed eventi nel 50% delle ASL | Un evento regionale ed eventi nel 80% delle ASL  | Un evento regionale ed eventi nel 100% delle ASL |



## **PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

## INDICATORI CENTRALI QUANTITATIVI

| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA  | NAZIONALE             |          | PIEMONTE        |                              | GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE   |
|-------------------|--|--|-----------------------|----------|-----------------|------------------------------|---|
|                   |  |  | 2013 (baseline)       | STANDARD | 2013 (baseline) | VALORE ATTESO REGIONALE 2018 |   |
| 1.02.01           | Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese   | Prevalenza di donne con figli minori di 6 anni che riferiscono di aver allattato al seno per sei mesi o più  | Anni 2012-2013: 52,6% | +25%     | 43,6            | 54,5                         |   |
| 1.04.01           | Prevalenza di fumatori nella popolazione   | Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni   | Anno 2013: 27,2%      | -10%     | 25,7            | 24,5                         | Si parte già da valori più bassi di quelli nazionali e l'andamento è in diminuzione. Si ipotizza di attestarsi al valore atteso nazionale   |
| 1.05.01           | Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato | Prevalenza di persone di età 18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono "sempre" o "quasi sempre" alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro | Anno 2013: 91,4%      | +5%      | 93,0            | 95                           | Il Piemonte parte da valori più alti di quelli nazionali. Si ritiene comunque accettabile un risultato del 95%  |
| 1.06.01           | Prevalenza di consumatori di alcol a rischio   | Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)  | Anno 2013: 16,7%      | -15%     | 18,2            | 16,2                         | Considerando il baseline e l'andamento regionale, si ritiene possibile attestarsi al 16,2% nel 2018   |
| 1.7.1-2           | Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno                                       | Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno  | Anno 2013: 46,7%      | +10%     | 51,2            | 55                           | Il Piemonte parte da valori più alti di quelli nazionali. Si ritiene accettabile un risultato del 55%, prevalenza superiore a quella attesa a livello nazionale (51,4%)   |
|                   |  | Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura  | Anno 2014: 56,8%      | +15%     | 66,6            | 73                           | Si parte da valori più alti rispetto a quelli nazionali con un trend di sostanziale stabilità in Piemonte rispetto al 2008 ed una modesta riduzione rispetto al 2012 (67,4%). Si ritiene ragionevole puntare al 50% dello standard previsto |
| 1.08.01           | Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale              | Prevalenza di persone di età 18-69 anni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo                                   | Anno 2013: 88,6%      | +5%      | 85,0            | 89,2                         |   |
| 1.08.02           | Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale  | Prevalenza di soggetti 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati  | Anno 2012: 31,1%      | -30%     | 26,0            | 18,2                         |   |
| 1.09.01           | Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi   | Prevalenza di persone di età 18-69 anni che svolgono un lavoro pesante e/o aderiscono alle linee guida sulla attività fisica   | Anno 2013: 33,4       | +30%     | 32,6            | 42,4                         |   |

| Codice indicatore | NOME INDICATORE   | DEFINIZIONE OPERATIVA   | NAZIONALE   |  | PIEMONTE                |                              | GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE   |
|-------------------|---|---|---|--|-------------------------|------------------------------|---|
|                   |   |   | 2013 (baseline)   | STANDARD   | 2013 (baseline)         | VALORE ATTESO REGIONALE 2018 |   |
| 1.09.02           | Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi   | Punteggio PASE calcolato con la rilevazione Passi d'Argento nella popolazione over 64 anni  | Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 64 anni | +15% l'obiettivo è portare questo punteggio da 78 a 90 | 69,2                    | 78                           | Si parte da valori più alti rispetto a quelli nazionali. Si ritiene che l'ulteriore miglioramento atteso possa portare ad attestarsi al 78% |
| 1.09.03           | Tasso di ospedalizzazione per fratture  | Rapporto tra i ricoveri con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore popolazione residente   | 13 per mille  | -15%   | 13,1                    | 11,2                         |   |
| 1.10.03           | Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere   | Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare  | Anno 2013: 51,5%  | +30%   | 50,8                    | 66,1                         |   |
| 1.10.04           | Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso                               | Prevalenza di persone di età 18-69 anni in eccesso ponderale (IMC > 25 calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza) che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso | Anno 2013: 51,4%  | +30%   | 55,1                    | 71,7                         |   |
| 1.10.05           | Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo                       | Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di alcol                                       | Anno 2013: 6,2%   | +300%  | 5,2                     | 13                           | Lo standard appare troppo ambizioso   |
| 1.10.06           | Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica        | Prevalenza di persone di età 18-69 anni con patologia cronica che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica  | Anno 2013: 40,9%  | +30%   | 41,4                    | 53,8                         |   |
| 1.12.01           | Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVIC UTERINA sulla popolazione bersaglio | Proporzione di persone in età target invitate   | Anno 2012: 77%  | +30% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)        | 67 (2014)               | 100                          |   |
|                   | Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio                       |   | Anno 2012: 73%  | +37% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)        | 70 (2014)               | 100                          |   |
|                   | Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio                        |   | Anno 2012: 57%  | +75% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)        | 80% FS a 58 anni (2014) | 100                          |   |

| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA  | NAZIONALE  |   | PIEMONTE  |                              | GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE  |
|-------------------|--|--|--|---|---|------------------------------|--|
|                   |  |  | 2013 (baseline)  | STANDARD  | 2013 (baseline)   | VALORE ATTESO REGIONALE 2018 |  |
| 1.13.01           | Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)    | Proporzione di persone in età target invitati che eseguono il test di primo livello  | Anno 2012: 41% degli invitati pari al 32% della popolazione target   | +55% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)  | 53,8% degli invitati pari al 43,2% della popolazione target | 50                           |  |
|                   | Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING MAMMOGRAFICO) |  | Anno 2012: 57,5% degli invitati pari al 42% della popolazione target | =+45% (per raggiungere il 60% previsto dai LEA) | 67,8% degli invitati pari al 47,0% della popolazione target | 60                           |  |
|                   | Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)  |  | Anno 2012: 46% degli invitati pari al 26% della popolazione target   | +95% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)  | FS +FIT<br>32,4% della popolazione target                   | 50 (58-69 anni)              |  |
| 5.01.01           | Tasso di decessi per incidente stradale  | Rapporto tra il numero dei morti in incidente stradale e la popolazione residente (tasso per 1.000.000 di abitanti). Si considera "decesso da incidente stradale" un decesso che avviene entro 30 giorni dall'incidente  | Anno 2013:<br>56,2/1.000.000 abitanti                                | -20%  | 59/1.000.000 abitanti                                       | 47,2/1.000.000 abitanti      | Tasso al baseline calcolato da schede ISTAT-ACI (il vero tasso di mortalità, calcolabile da schede di morte ISTAT, è più alto, ma aggiornato solo al 2012). Principale criticità nel raggiungimento del risultato: la prevenzione dell'incidentalità è correlabile a politiche infrastrutturali e interventi assistenziali, solo in minima parte a interventi di prevenzione sanitaria e sanità pubblica |
| 5.02.01           | Tasso di ricoveri per incidente stradale   | Percentuale ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti   | Anno 2013: 7,2%  | -10%  | 6,0   | 5,4                          |  |
| 5.03.01           | Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini                     | Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto (in città e fuori), e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono: "sempre"  | Anno 2013: 20,2%   | +50%  | 30,3  | 40                           | Si parte da valori più alti rispetto a quelli nazionali. Si ritiene ragionevole un risultato atteso basato su un aumento del 33%   |
|                   |  | Prevalenza di persone di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi sono salite su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero e che, alla domanda sull'uso del casco quando vanno in motocicletta/scooter/motorino, sia in città sia fuori, rispondono "sempre" | Anno 2013: 95,3%   | 100% delle Regioni raggiunge lo standard >95    | 96,4  | 95                           | Considerato l'andamento regionale, si ritiene di potersi attestare al 95%  |

| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA  | NAZIONALE   |                            | PIEMONTE        |                                   | GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE  |
|-------------------|--|--|---|----------------------------|-----------------|-----------------------------------|--|
|                   |  |  | 2013 (baseline)   | STANDARD                   | 2013 (baseline) | VALORE ATTESO REGIONALE 2018      |  |
| 5.03.02           | Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone 18-69 anni non astemie che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)   | Prevalenza di persone 18-69 anni non astemie che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche   | Anno 2013: 8,7%   | -30%                       | 8,8             | 6,2                               |  |
| 6.01.01           | Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere   | Numero di ricoveri per incidente domestico   | Anno 2013: 89.868 ricoveri (in aumento del 27% negli ultimi 3 anni)         | Fermare il trend in ascesa | 7723            | 7723                              |  |
| 6.02.01           | Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile  | Vedi 1.09.02   | Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 65 anni | vedi 1.09.02               | 69,2            | 78                                | Vedi 1.09.02   |
| 6.03.02           | Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)  | Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano che il rischio di infortunio nel loro ambiente domestico, per sé o per i propri familiari, è alto o molto alto                      | Anno 2013: 5,7  | 30%                        | 4,2             | 5,5                               |  |
| 6.04.01           | Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)   | Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici | Adulti 18-69 anni: 13% (anno 2012 solo 10 Regioni)                          | 100%                       | 9,5             | 18,9                              |  |
|                   |  | Prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa                                    | Anziani > 64 anni: 17% (Passi d'Argento, anni 2012/2013)                    |                            | 13,4            | 26,8                              |  |
| 7.02.01           | Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a:<br>- comparto agricolo forestale<br>- comparto delle costruzioni<br>- rischio cancerogeno e chimico<br>- rischi per apparato muscolo scheletrico | Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali   | + 47% nel periodo 2009-2013 a livello nazionale                             | +10%                       | 1.966 casi      | 2.064 casi (+5% rispetto al 2013) | Standard ritenuto non raggiungibile. Infatti, mentre il trend delle MP nazionale è in aumento (+47%) nel 2009-2013, in Piemonte è in diminuzione (-7,7%) probabilmente a causa dell'emersione delle malattie muscoloscheletriche, già avvenuta nel passato almeno in alcuni territori. Si ritiene inoltre che le MP denunciate a INAIL non siano un buon indicatore per misurare le attività dei SPreSAL per l'emersione delle MP. Tra gli indicatori di processo sono stati quindi aggiunti due indicatori ritenuti più adeguati (azioni 6.2.1 e 6.2.2) |

| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA  | NAZIONALE   |   | PIEMONTE   |  | GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE   |
|-------------------|--|--|---|---|--|--|---|
|                   |  |  | 2013 (baseline)   | STANDARD  | 2013 (baseline)  | VALORE ATTESO REGIONALE 2018   |   |
| 7.07.01           | Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a:<br>- comparto agricoltura<br>- comparto edilizia | Riduzione relativa dell'indice di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5% INAIL, o mortali  | IF: 4,36 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura)<br>IF: 7,62 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 11.417 infortuni gravi | -10%  | IF: 3,78 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura)<br>IF: 6,26 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 944 infortuni gravi | IF: 3,78 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura)<br>IF: 6,26 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 944 infortuni gravi | Si ritiene non raggiungibile lo standard previsto. Da diversi anni il Piemonte ha tassi di infortunio grave più bassi di quelli nazionali. Inoltre è prevedibile che l'attesa ripresa economica si accompagni a un aumento dei tassi infortunistici. Si ritiene dunque che un obiettivo raggiungibile per il Piemonte sia il mantenimento dei tassi infortunistici registrati al baseline |
| 8.05.03           | Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)  | Proporzione di operatori appartenenti al profilo sanitario di dipartimenti di prevenzione, ARPA, MMG e PLS formati   | Non rilevato  | 50% in ogni Regione   | 1%   | 50%  |   |
| 9.1-2.1           | Proporzione di casi di morbillo rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio  | Tasso di indagine di laboratorio: Rapporto percentuale tra numero di casi sospetti di morbillo o rosolia testati in un laboratorio di riferimento qualificato e numero di casi sospetti di morbillo e rosolia. Deve essere escluso dal denominatore qualunque caso sospetto che non abbia analisi di laboratorio e che sia<br>a) confermato da collegamento epidemiologico oppure<br>b) scartato come non caso di morbillo/rosolia a causa di un collegamento epidemiologico ad:<br>• un caso di altra malattia infettiva confermato in laboratorio oppure<br>• un caso di morbillo/rosolia negativo a IgM | 78,8% (morbillo);<br>59,3% (rosolia )   | 100% delle Regioni raggiunge lo standard > 90% per morbillo e rosolia   | 82,1 (morbillo)<br>66,7 (rosolia)  | 90<br>90   |   |
| 9.03.01           | Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive  | Percentuale di notifiche inviate da ASL a regione/PA attraverso il sistema informativo regionale sul totale di notifiche pervenute all'assessorato alla Sanità della Regione   | Non rilevato  | 100% delle notifiche inviate con il sistema informativo regionale al Ministero nei termini previsti dalla normativa | 86   | 100  |   |
| 9.04.01           | Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica  | Proporzione di casi di malattie invasive da meningococco e pneumococco, notificati al sistema MIB rispetto alle SDO  | 60%   | +50%  | 73   | 100  |   |
| 9.05.01           | Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up  | Proporzione di casi di tubercolosi polmonare bacillifera persi al follow up sul numero totale di casi di tubercolosi polmonare bacillifera notificati nell'anno (da rilevare ogni 2 anni)  | 25-30%  | -50%  | 13   | 10   |   |

| Codice indicatore                              | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA   | NAZIONALE  |   | PIEMONTE               |                              | GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE |
|--|--|---|--|---|------------------------|------------------------------|---|
|  |  |   | 2013 (baseline)  | STANDARD  | 2013 (baseline)        | VALORE ATTESO REGIONALE 2018 |   |
| 9.05.02  | Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/iL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV | Rapporto percentuale tra numero di nuove diagnosi di HIV con un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/μL e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV. I late presenter (LP) sono quei pazienti che al momento della prima diagnosi di sieropositività hanno un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/μL o hanno una patologia indicativa di AIDS indipendentemente dal numero di CD4 | 57% (Anno 2013)  | -25%  | 53                     | 40                           |   |
| 9.06.01  | Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata   | Percentuale di Regioni che hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata (rif. PNV 2005-2007 e PNPV 2010-2012, PNEMoRc 2003 e 2010-2015)   | 15/21 Regioni completamente informatizzate; 8/15 stesso software in tutte le ASL; 6/15 dato individuale accessibile al livello regionale | 100%<br>Tutte le Regioni hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata | 0                      | 100%                         |   |
| 9.07.01  | Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status   | Definizione PASSI: Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni affette da almeno una malattia cronica (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato)  | 18,5% (dato riferito alla campagna antinfluenzale stagionale 2012-2013)  | +100%   | 20,8                   | 41,5                         |   |
| 9.07.02  | Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti   | Tutti gli indicatori di copertura previsti dal PNPV e relativi baseline e standard  | Vedi sotto (da Tabella 1)  |   | Vedere dettaglio sotto |                              |   |
|  | DTPa (nuovi nati)  |   | 95,4%  | ≥ 95%   | 96,62% (24 mesi)       | ≥ 95%                        |   |
|  | Poliomelite (nuovi nati)   |   | 95,4%  | ≥ 95%   | 96,68% (24 mesi)       | ≥ 95%                        |   |
|  | Epatite B (nuovi nati)   |   | 95,3%  | ≥ 95%   | 96,49% (24 mesi)       | ≥ 95%                        |   |
|  | Haemofilus Influenzae B (nuovi nati)   |   | 94,5%  | ≥ 95%   | 96,23% (24 mesi)       | ≥ 95%                        |   |
|  | DTPa (5-6 anni)  |   | non disp.  | ≥ 95%   | 94,3%                  | ≥ 95%                        |   |
|  | Poliomielite (5-6 anni)  |   | non disp.  | ≥ 95%   | 92,02%                 | ≥ 95%                        |   |
|  | dTpa negli adolescenti (range 11-18 anni)  |   | non disp.  | ≥ 90%   | 69,70%                 | ≥ 90%                        |   |
|  | 1a dose MPR entro i 2 anni di età  |   | 88,1%  | ≥ 95%   | 92,07%                 | 95%                          |   |
|  | 2a dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età  |   | non disp.  | ≥ 95%   | 90,06%                 | 95%                          |   |
| 2a dose di MPR negli adolescenti (11-18 anni); |  | non disp.   | ≥ 95%  | 78,93%  | ≥ 95%                  |                              |   |

| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA   | NAZIONALE           |  | PIEMONTE        |  | GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE  |
|-------------------|--|---|---------------------|--|-----------------|--|--|
|                   |  |   | 2013 (baseline)     | STANDARD   | 2013 (baseline) | VALORE ATTESO REGIONALE 2018                                       |  |
|                   | vaccinazione antinfluenzale >65  |   | 55,4%               | >75% (obiettivo minimo perseguibile) e >95% (obiettivo ottimale) | 51,14%          | > 75% (obiettivo minimo perseguibile) e > 95% (obiettivo ottimale) |  |
|                   | vaccinazione antipneumococcica (nuovi nati;)                                       |   | 86,6%               | ≥ 95%  | 92,68%          | 95,00%   |  |
|                   | vaccinazione antimeningococcica (nuovi nati;)                                      |   | 78,5%               | ≥ 95%  | 88,58%          | 95,00%   |  |
|                   | vaccinazione antipneumococcica adolescenti (range 11-18 anni);                     |   | non disp.           | ≥ 95%?   | non effettuata  | nd   | Vaccinazione non effettuata in Regione Piemonte per la coorte 2014   |
|                   | vaccinazione antimeningococcica adolescenti (range 11-18 anni);                    |   | non disp.           | ≥ 95%  | 60,91%          | ≥ 95%  |  |
|                   | vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2002),                     |   | 56,6% (coorte 2001) | ≥ 80%  | 62,30%          | 80   |  |
|                   | vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2003)                      |   |                     | ≥ 95%  | 62,30%          | ≥ 95%  |  |
|                   | 1a dose di antivaricella entro i 2 anni di età (dalla coorte 2014)                 |   | non disp.           | ≥ 95%  | non effettuata  | nd   | Vaccinazione non ancora effettuata in Regione Piemonte per la coorte 2014  |
|                   | 2a dose di nei bambini di 5-6 anni di età (dalla coorte 2014)                      |   | non disp.           | ≥ 95%  | non effettuata  | nd   |  |
|                   | 2a dose negli adolescenti (dalla coorte 2014)                                      |   | non disp.           | ≥ 95%  | 6,51%           | ≥ 95%  | Vaccinazione effettuata solo sui soggetti ancora suscettibili in quella coorte. Il calcolo per il baseline è stato effettuato sulla popolazione generale |
|                   | mancata vaccinazione anti-polio spiegata   |   | 82,0%               | 100%   | 100%            | 100%   |  |
|                   | mancata vaccinazione anti-morbillo spiegata  |   | non disp.           | 100%   | 100%            | 100%   |  |
| 9.10.01           | Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE | Proporzione di strutture ospedaliere, appartenenti ad aziende sanitarie e aziende ospedaliere, aderenti alla Circolare "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26/02/2013, sul totale delle strutture ospedaliere | Non rilevato        | 100% per Regione   | non disp.       | 100%   |  |



| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA   | NAZIONALE   |  | PIEMONTE  |  | GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE   |
|-------------------|--|---|---|--|---|--|---|
|                   |  |   | 2013 (baseline)   | STANDARD   | 2013 (baseline)   | VALORE ATTESO REGIONALE 2018   |   |
| 10.08.02          | Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati             | L'identificazione dei cani attraverso un microchip e la conseguente iscrizione nell'anagrafe degli animali da affezione costituiscono uno dei principali strumenti di prevenzione del randagismo. All'interno della popolazione di cani vaganti sul territorio l'identificazione consente la restituzione al legittimo proprietario ed il richiamo a forme di possesso responsabile degli animali. La percentuale di cani vaganti catturati già microchippati - pertanto restituibili ai proprietari - sul totale dei catturati è un indicatore che misura il grado di diffusione dello strumento "anagrafe" sul territorio regionale. L'indicatore si ritiene soddisfatto se il numero di cani catturati nel territorio regionale, risultati identificati ed iscritti, è in incremento rispetto al numero di cani catturati totali | 32,33% - media nazionale su 17 Regioni e Province autonome che hanno trasmesso il dato (Attualmente la situazione si presenta con un notevole grado di eterogeneità tra le regioni) | Incremento assoluto di almeno 10% su base nazionale, valore ottenibile definendo obiettivi differenziati secondo il valore baseline regionale al 2014:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>almeno il raggiungimento della media nazionale rilevata al 2014 (32,33%) per le Regioni al di sotto del 25%;</li> <li>incremento del 15% per le Regioni tra il 25,00% e il 35,00%, incremento del 10% per le Regioni tra il 35,01% e il 45,00%;</li> <li>incremento del 5% per le Regioni tra il 45,01% e il 55,00%;</li> <li>mantenimento del valore attuale per le Regioni con valore &gt; 55%</li> </ul> | 54,4%   | 57%  | Tenuto conto dell'andamento tendenziale, con le relative fluttuazioni, e dei risultati conseguiti nel periodo 2006-2013 |
| 10.08.03          | Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio  | Ai sensi dell'articolo 24 del regolamento di polizia veterinaria i canili/rifugi sono soggetti a controlli da parte dei servizi veterinari competenti con una frequenza appropriata   | Il numero dei controlli attualmente non è rilevato in maniera standardizzata. Il numero di strutture (=904) discende dalla Rendicontazione 2011                                     | 100%<br>In ogni Regione è svolto almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ASL  | 95%   | 100% almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile pubblico o privato   |   |
| 10.11.01          | Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente | Per il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale è necessario prevedere uno specifico percorso di formazione e mantenimento nel tempo di un'adeguata qualificazione degli addetti al controllo ufficiale/audit. L'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 stabilisce tre percorsi formativi distinti   | È previsto che il monitoraggio dello stato di attuazione dell'accordo, e dunque della formazione in esso prevista, sarà effettuato a partire dal 2015.                              | 100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto igiene)  | Al 2013 tutto il personale addetto ai controlli ufficiali ha ricevuto una formazione equivalente al primo percorso. | 100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR di nuova assunzione formato per il primo percorso e, ove |   |

| Codice indicatore | NOME INDICATORE                               | DEFINIZIONE OPERATIVA   | NAZIONALE   |   | PIEMONTE  |  | GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE |
|-------------------|---|---|---|---|---|--|---|
|                   |   |   | 2013 (baseline)   | STANDARD  | 2013 (baseline)   | VALORE ATTESO REGIONALE 2018   |   |
|                   |   |   | Pertanto il valore baseline nazionale sarà noto entro la fine del 2015; la rilevazione delle risorse umane destinatarie del primo percorso formativo verrà svolta nel 2015  | entro il 2018. 100% delle Regioni hanno programmato il mantenimento della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso   | Al 2013 sono stati realizzati 15 corsi di formazione che hanno coinvolto personale addetto ai controlli ufficiali di tutte le ASL (circa 900 operatori formati)   | necessario, per il secondo (audit imprese settore alimentare) e il terzo percorso (audit autorità competenti)<br><br>100% del personale aggiornato nell'ambito delle specifiche competenze |   |
| 10.12.01          | Rendicontazione dell'attività di audit svolta | Nel caso in cui le autorità competenti regionali siano articolate in strutture organizzative differenti, per l'igiene e nutrizione e alimenti, da un lato, e Servizi veterinari, dall'altro, entrambi devono svolgere un'attività di audit nei settori di pertinenza. Inoltre tutte le autorità competenti locali devono aver ricevuto almeno un audit entro il 2018. L'indicatore è soddisfatto qualora l'attività di audit regionale, svolta (o sotto la propria responsabilità) da tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, qualora ve ne siano più di una abbia garantito:<br>a) annualmente una copertura territoriale pari o superiore al 20% delle ASL<br>b) ed una copertura annuale del 20% dei sistemi di controllo (SC) di cui al "Country Profile Italia" della Commissione europea (ad esclusione dei sistemi di controlli sulle importazioni e salute delle piante):<br>- SC della salute animale<br>- SC degli alimenti di origine animale<br>- SC dei mangimi e della alimentazione degli animali<br>- SC delle TSEs e dei sottoprodotti di origine animale<br>- SC dei farmaci veterinari e residui<br>- SC degli alimenti e dell'igiene generale<br>- SC dei fitosanitari e dei loro residui<br>- SC del benessere animale. | Tutte le Regioni e Province Autonome svolgono audit sulle autorità competenti locali, ma ve ne sono alcune in cui non tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria svolgono audit sulle ASL. Al momento tutte le Regioni si attengono al criterio di copertura. Entro il 2015 verrà misurato il grado di copertura del territorio e dei sistemi di controllo raggiunto, tenendo conto dell'attività avviata dal 2014 | 100%<br>Tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria hanno svolto attività di audit su tutte le autorità competenti locali (ASL) e hanno assicurato una copertura di tutti i sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" della Commissione europea | Audit svolti nel 2013 in 8 ASL su 12 relativi a 3 SC:<br>- settore controlli sull'igiene della distribuzione e commercializzazione e alimenti di origine animale (REG. CE n. 852/2004)<br>- settore controlli sull'impiego di fitosanitari<br>- settore benessere animale in allevamento e durante il trasporto | a) si prevede mantenimento copertura annuale territoriale superiore al 20% delle ASL<br><br>b) si prevede mantenimento copertura annuale del 20% dei SC di cui al Country profile          |   |

**INDICATORI CENTRALI QUALITATIVI**

| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA  | STANDARD NAZIONALE  | PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE    |
|-------------------|--|--|---|------------------------------------|
| 1.10.01           | Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP) | <p>Proporzione di Regioni che hanno realizzato lo studio di fattibilità. Nell'ambito della progettazione lo studio di fattibilità è un elaborato realizzato ex ante in funzione della definizione e valutazione di un programma o di un progetto sulla base di una preliminare idea di massima. Lo studio di fattibilità comprende attività di natura tecnica ed economica. Lo studio deve prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'analisi del profilo di salute della popolazione di riferimento;</li> <li>• le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali, economico-finanziarie del programma da realizzare;</li> <li>• l'analisi delle possibili alternative rispetto alla soluzione realizzativa individuata;</li> <li>• la verifica della possibilità di realizzazione sulla base delle risorse disponibili;</li> <li>• la descrizione del programma da adottare, con indicazione della proporzione della popolazione target da coinvolgere, delle risorse da impiegare, delle tempistiche di realizzazione e del relativo piano di valutazione</li> </ul> | <p>100% entro il 2016<br/>Tutte le Regioni hanno realizzato lo studio di fattibilità entro il 2016</p>                                      | 2016                               |
| 1.10.02           | Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)  | <p>Proporzione di Regioni che hanno attivato un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT. Il programma deve prevedere la rilevazione di indicatori di estensione e adesione. Considerato che in molte realtà regionali si tratta di avviare una nuova linea di attività, il programma dovrà essere almeno avviato entro il 2018</p>  | <p>100%<br/>Tutte le Regioni hanno attivato il programma</p>  | 2018                               |
| 1.11.01           | Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)  | <p>Proporzione di Regioni che hanno adottato ed attuato indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche</p>   | <p>100%<br/>Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016 e hanno attuato gli indirizzi regionali entro il 2018</p> | Avvio: 2016<br>Realizzazione: 2018 |
| 1.14.01           | Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)   | <p>Proporzione di Regioni che hanno adottato indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA</p>   | <p>100% entro il 2016<br/>Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016</p>   | 2016                               |
| 1.14.02           | Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)  | <p>Proporzione di Regioni che hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA come test di primo livello per lo screening del cervicocarcinoma</p>   | <p>100%<br/>Tutte le Regioni hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA</p>  | 2018                               |
| 1.15.01           | Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)   | <p>Proporzione di Regioni che hanno adottato gli indirizzi regionali</p>   | <p>100%<br/>Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016</p>   | 2016                               |
| 1.15.02           | Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)   | <p>Proporzione di Regioni che hanno adottato i percorsi in tutte le aziende</p>  | <p>100%<br/>Tutte le Regioni hanno adottato i percorsi in tutte le aziende</p>  | 2018 (90% dei Dipartimenti)        |
| 2.01.01           | Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale  | <p>Attivazione dello screening audiologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione</p>  | <p>100%<br/>Tutte le Regioni hanno attivato lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita</p>                                 | Tutti gli anni                     |

| Codice indicatore | NOME INDICATORE   | DEFINIZIONE OPERATIVA  | STANDARD NAZIONALE   | PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE   |
|-------------------|---|--|--|---|
| 2.02.01           | Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale   | Attivazione dello screening oftalmologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione   | 100%<br>Tutte le Regioni hanno attivato lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita  | Tutti gli anni  |
| 3.02.01           | Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi   | Numero di incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale   | 100%<br>Almeno un incontro/ anno in ogni Regione   | 2018  |
| 6.03.01           | Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKkio alla salute entro 2 anni)   | Estensione a tutte le Regioni del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici.<br>Passi d'Argento, rileva la proporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute in particolare le cadute in casa<br>Estensione a tutte le Regioni del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici. | 100%<br>Estensione a tutte le Regioni dei moduli opzionali PASSI e PASSI d'Argento relativi a informazioni su incidenti domestici e cadute in casa fornite da operatori sanitari | Utilizzo moduli opzionali in PASSI da 2014 e PDA quando ripartirà la sorveglianza |
| 6.05.01           | Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico  | Produzione di un report sul fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico   | 100%<br>Produzione di un report in tutte le Regioni  | 2018  |
| 7.01.01           | Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati   | Proporzione di Regioni che producono un report all'anno  | 100%<br>Un Report all'anno in tutte le Regioni   | Tutti e 4 gli anni  |
| 7.3-4-5.1         | Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per:<br>- il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità<br>- la promozione della responsabilità sociale d'impresa<br>- la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative | Proporzione di Regioni che programmano azioni di promozione  | 100%<br>Tutte le Regioni programmano azioni di promozione  | 2018  |
| 7.08.01           | Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio   | Proporzione di Regioni che adottano gli atti (Comma 3 lettera c) art. 5 Dlgs 81/08 e dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo)   | 100%<br>Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo  | Tutti e 4 gli anni  |
| 8.01.01           | Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute   | Disponibilità di documenti che evidenziano la programmazione integrata nell'ambito della tematica ambiente e salute  | 100%<br>Almeno 1 documento in tutte le Regioni   | 2016-2017-2018  |
| 8.01.02           | Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute   | Evidenza documentata di esistenza di una rete e della relativa attività  | 100%<br>Evidenza documentata in ogni Regione   | 2017  |
| 8.02.01           | Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)   | Documentazione di accordo  | 100%<br>Evidenza documentata in ogni Regione   | 2016  |
| 8.02.02           | Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)   | Realizzazione di uno studio di esposizione su contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione   | 100% - Evidenza di almeno 1 studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione in ogni Regione   | 2018  |
| 8.03.01           | Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti  | Produzione di atti di indirizzo regionali  | 100%<br>Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione   | 2017  |

| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA   | STANDARD NAZIONALE  | PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE |
|-------------------|--|---|---|---------------------------------|
| 8.04.01           | Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale                                       | Produzione di atti di indirizzo regionali   | 100%<br>Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione                                      | 2018                            |
| 8.05.01           | Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)  | Curriculum formativo per gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio | 100%<br>Esistenza di un curriculum formativo in ogni Regione                                | 2016                            |
| 8.05.02           | Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)  | Corso di formazione   | 100%<br>Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione  | 2017                            |
| 8.06.01           | Regioni che hanno recepito le linee guida  | Atto formale di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico  | 100%<br>Esistenza di atto formale di recepimento in ogni Regione                            | 2018                            |
| 8.07.01           | Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo | Definizione di un sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del piano nazionale controlli   | 100%<br>Esistenza di un sistema di indicatori in ogni Regione                               | 2018                            |
| 8.08.01           | Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche   | Corsi di formazione nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche  | 100%<br>Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione  | 2018                            |
| 8.09.01           | Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)  | Produzione di un Report   | 100%<br>Produzione di un Report in ogni Regione   | 2018                            |
| 8.10.01           | Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile  | Adozione di indirizzi regionali specifici   | 100%<br>Adozione di indirizzi specifici in ogni Regione                                     | 2018                            |
| 8.11.01           | Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica  | Evidenza documentata della realizzazione di interventi di promozione  | 100%<br>Evidenza documentata in ogni Regione  | 2018                            |
| 8.12.01           | Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV                                       | Evidenza documentata della realizzazione di interventi informativi  | 100%<br>Evidenza documentata in ogni Regione  | 2018                            |
| 9.08.01           | Esistenza di un programma di comunicazione basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole                   | Proporzione di Regioni che realizzano un programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto   | 100%<br>Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione                     | 2017                            |
| 9.09.01           | Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali  | Proporzione di Regioni che documentano l'adozione di un piano di risposta alle emergenze  | 100% - Tutte le Regioni hanno documentato l'adozione di un piano di risposta alle emergenze | 2016/2017                       |
| 9.11.01           | Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie  | Proporzione di Regioni che producono un report annuale che documenti l'uso degli antibiotici, con finalità di controllo dell'antibiotico resistenza   | 100%<br>Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale                                   | 2017                            |
| 9.12.01           | Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici  | Proporzione di Regioni che realizzano il programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto   | 100%<br>Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione                     | 2016/2017                       |
| 9.13.01           | Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie  | Proporzione di CIO che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza   | 100%<br>Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale                                   | 2017                            |

| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA  | STANDARD NAZIONALE  | PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE |
|-------------------|--|--|---|---------------------------------|
| 10.01.01          | Adozione di protocolli per l'intervento integrato  | Adozione di misure di coordinamento e cooperazione tra la Regione e le altre Amministrazioni che effettuano controlli sulla filiera alimentare al fine di assicurare l'efficace coordinamento di cui all'Articolo 4, paragrafo 3 del regolamento 882/2004  | 100%<br>Ogni Regione adotta uno o più protocolli di intervento integrato, che descrivono i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.)  | 2016                            |
| 10.02.01          | Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario  | Adozione di un sistema informatizzato per tracciare il percorso produttivo e distributivo dei farmaci veterinari, con i seguenti obiettivi:<br>•migliorare gli strumenti di analisi e controllo dell'intera filiera sul territorio nazionale<br>•migliorare gli strumenti di "rintracciabilità" a disposizione delle autorità competenti<br>•monitorare e studiare l'antibiotico-resistenza, attraverso strumenti di analisi delle vendite di antibiotici<br>•permettere l'integrazione con i sistemi per la dematerializzazione della ricetta veterinaria, al fine di snellire le procedure operative attualmente sostenute dagli operatori | 100%<br>Svolgimento di almeno 1 evento/anno per Regione di sensibilizzazione/informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco, rivolto ai portatori di interesse (a partire dai distributori e grossisti fino a coinvolgere i medici veterinari prescrittori se e quando l'obbligo di ricetta elettronica sarà a regime) | 2018                            |
| 10.03.01          | Protocolli di collaborazione che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali | Protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA per l'adozione di un set diagnostico standardizzato e relative procedure ai fini dell'implementazione del sistema di allerta e sorveglianza delle malattie zoonotiche di origine alimentare   | 100%<br>Esistenza in ogni Regione di un protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA  | 2018                            |
| 10.04.01          | Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi  | Inserimento nel Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVSA) di tutti i nuovi operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015 e trasferimento delle anagrafiche preesistenti in possesso di Regioni e P.A. secondo le tempistiche e le modalità dettate dal Piano Nazionale Alimentazione Animale 2015-2017   | 100%<br>In ogni Regione è implementato, in modo informatizzato, il sistema informativo nazionale SINVA per la gestione delle anagrafiche degli OSM, anche in cooperazione applicativa   | 2018                            |
| 10.04.02          | Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"  | La classificazione delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004 (di seguito Master List 852) è stata elaborata dal gruppo di lavoro "Anagrafi e Nomenclatore" del Ministero della Salute e trasmessa con nota prot. DGSF 9875-P-15/05/2013   | 100%<br>In ogni Regione conformità completa delle anagrafi regionali, o in alternativa delle ASL, alla masterlist 852   | 2018                            |
| 10.05.01          | Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari   | Adozione di piani operativi di intervento per la gestione delle emergenze che definiscano le modalità di cooperazione tra le componenti sanitarie e con altri attori che concorrono alla gestione (es. protezione civile, vigili del fuoco, forze di polizia, ecc.)  | 100%<br>In ogni Regione è predisposto un piano di intervento per la gestione delle emergenze con elevato livello di integrazione  | 2017                            |
| 10.05.02          | Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare   | Come previsto dall'Intesa Stato regioni del 24 gennaio 2008, l'Unità di Crisi regionale e delle province autonome di Trento e Bolzano ha il compito, di "promuovere l'organizzazione di corsi di formazione e addestramento dei servizi veterinari, dei SIAN, degli IZS e delle ARPA"  | 100% - In ogni Regione è realizzato un evento esercitativo, di scala regionale, che coinvolga il personale dei servizi veterinari, dei SIAN, degli IZS e delle ARPA, tramite la simulazione della gestione di un'emergenza nel campo della sicurezza alimentare (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc..)                               | 2015 e 2017                     |
| 10.05.03          | Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale   | Con appositi dispositivi normativi l'Italia ha adottato piani di emergenza per diverse malattie infettive e diffuse animali: afta epizootica, malattia vescicolare del suino, blue tongue, peste suina classica, peste suina africana, influenza aviaria, malattia di Newcastle  | 100% - In ogni Regione è realizzato un evento esercitativo, di scala regionale, recante la simulazione della gestione di un'emergenza relativa ad una malattia animale (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc..)  | 2017                            |

| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA   | STANDARD NAZIONALE  | PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE |
|-------------------|--|---|---|---------------------------------|
| 10.06.01          | Attuazione di Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici  | I piani di sorveglianza sanitaria degli animali selvatici devono avere come obiettivo prioritario la rapida rilevazione di un determinato agente eziologico nel territorio soggetto a sorveglianza (earlydetection), nonché la contestuale raccolta di dati sanitari per la valutazione del rischio circa la trasmissione di tale agente alle popolazioni domestiche e agli esseri umani e sulla base di questa l'adozione di idonee misure di gestione. Le malattie da sottoporre a sorveglianza sono: afta epizootica, peste suina classica, peste suina africana, rabbia, influenza aviaria, west niledisease, pseudopeste aviare, brucellosi, tubercolosi | 100%<br>In ogni Regione è attuato un piano di sorveglianza per almeno 4 delle malattie di cui alla definizione  | 2015                            |
| 10.07.01          | Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013 | Adeguamento del processo di pianificazione regionale dei campionamenti per l'analisi, al fine di soddisfare le esigenze emerse in sede di riesame delle attività di controllo ufficiale   | 100%<br>In ogni Regione evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste (comunitarie, nazionali e locali, ivi incluse quelle laboratoristiche)                 | 2018                            |
| 10.08.01          | Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target   | Realizzazione nell'ambito del programma di prevenzione del randagismo (articolo 3 della legge 281/91) di un piano di informazione ed educazione circa il possesso responsabile degli animali da affezione, degli obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale  | 100%<br>In ogni Regione è realizzato un Piano di informazione/comunicazione rivolto alla popolazione, finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale  | 2018                            |
| 10.09.01          | Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare  | Implementazione di programmi regionali per effettuare corsi di formazione agli operatori del settore, anche in relazione alla normativa EU  | 100%<br>Ogni Regione predispone un programma che preveda almeno un evento formativo all'anno  | 2015                            |
| 10.10.01          | Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale   | In ottemperanza all'Intesa Stato regioni del 26 febbraio 2009, il monitoraggio del TSH neonatale permette di avere un quadro nazionale sullo stato nutrizionale iodico della popolazione al fine di implementare corrette politiche per la prevenzione dei disordini della carenza iodica   | 100%<br>In ogni Regione è attivato il sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in uso   | Dal 2016                        |
| 10.10.02          | Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva  | Proporzione di Regioni che adottano protocolli per trasmettere i dati (tramite un flusso formale) che provengono dai controlli effettuati nei punti vendita e nella ristorazione collettiva nella verifica di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)   | 100%<br>Esistenza in ogni Regione di un percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi) | Dal 2016                        |

## INDICATORI CENTRALI SEMIQUALITATIVI

| Codice indicatore | NOME INDICATORE  | DEFINIZIONE OPERATIVA  | STANDARD NAZIONALE  | PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE |
|-------------------|--|--|---|---------------------------------|
| 1.03.01           | Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica                             | Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target                            | Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte).<br><b>Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole</b> | 2018                            |
| 3.01.01           | Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica                             | Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target                            | Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte).<br><b>Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole</b> | 2018                            |
| 4.01.01           | Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute | Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target                            | Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte).<br><b>Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole</b> | 2018                            |
| 7.06.01           | Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute | Proporzione di istituti scolastici che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute e di sviluppo delle competenze in materia di SSL nel contesto scolastico, con almeno l'80% delle classi target | Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte).<br><b>Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole</b> | 2016 e 2018                     |



## QUADRO RIEPILOGATIVO DEGLI INDICATORI SENTINELLA

| Programma | Azione | Definizione  | Fonte                         | Numeratore  | Denominatore   | Formula di calcolo   | Criteri SMART | Valore baseline | Standard 2015                                      | Standard 2016  | Standard 2017                                      | Standard 2018                                       |
|-----------|--------|--|-------------------------------|---|--|--|---------------|-----------------|--|--|--|---|
| 1         | 1.3.1  | Numero di scuole che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/numero di scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo | Rendiconti PLP                | N. scuole che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica | N. totale di scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo | N. scuole che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/<br>N. scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo | ok            | //              | Almeno 10%   | Almeno 20%   | Almeno 40%   | Almeno 50%  |
| 2         | 2.2.1  | Etichette caricate in Banca dati   | Banca dati regionale          | N. etichette caricate   | N. etichette raccolte ultima rilevaz. OKkio alla Salute            | N. etichette caricate/n. etichette raccolte  | ok            | 30%             | 50%  | 100%   | //   | //  |
|           |        | Guida per i consumatori per la lettura ragionata dell'etichetta elaborata e diffusa  | Banca dati regionale          |   |  | Si/no  |               | //              | //   | //   | Redazione guida Sì                                 | Diffusione guida sui siti istituzionali - Sì        |
|           | 2.2.2  | N. percorsi informativi attivati   | Rendiconti PLP                |   |  | N. percorsi informativi attivati   |               | 0               | Contatti con strutture                             | Almeno un percorso nel 50% delle ASL                                       | Almeno un percorso in tutte le ASL                 | Almeno un percorso nel 50% dei distretti ASL        |
|           | 2.3.1  | Definizione accordo e produzione materiale per la comunicazione  | Sito regionale                |   |  | Si/no  |               | Non disponibile | Documento accordo e materiali disponibili sul sito | //   | //   | //  |
|           |        | Attività di implementazione/monitoraggio   | Rendiconti PLP                | N. attività implementate e/o monitorate                         | N. totale di ASL   | N. attività/N. totale ASL  | ok            | 0               | 0  | > 1  | > 1  | > 1   |
|           | 2.4.1  | Formalizzazione Rete contesti divertimento   | Provvedimento formalizzazione |   |  | Si/no  |               | Non disponibile | Costituzione e formalizzazione della rete Sì       | //   | //   | //  |
|           |        | N. di ASL che attivano progetti nel contesto del divertimento  | Rendiconti PLP                | N. ASL che attivano almeno 1 progetto/                          | N. totale ASL  | N. ASL con progetti/N. tot. ASL  | ok            | Non disponibile | Non disponibile                                    | Almeno 4 ASL attivano progetti   | Almeno 4 ASL attivano progetti                     | Almeno 5 ASL attivano progetti                      |
| 3         | 3.2.1  | Progetti realizzati localmente sul territorio di ciascuna ASL  | Rendiconti PLP                |   |  | N. progetti realizzati   |               | //              | //   | Caricamento in Pro.Sa di tutti gli interventi/progetti WHP attuati al 2016 | Attivazione di almeno 1 progetto nel 40% delle ASL | Attivazione di almeno 1 progetto nel 100% delle ASL |
|           | 3.3.1  | Esiti studi fattibilità rete WHP   | Report                        |   |  | Si/no  |               | Non disponibile | //   | Bozza del Report elaborata   | Report elaborato                                   | //  |
|           |        | Avvio rete WHP   | Sito regionale                |   |  | Si/no  |               | //              | //   | //   | //   | Formalizzazione rete WHP                            |

| Programma | Azione | Definizione   | Fonte                | Numeratore  | Denominatore                             | Formula di calcolo   | Criteri SMART | Valore baseline | Standard 2015                                | Standard 2016  | Standard 2017  | Standard 2018   |   |
|-----------|--------|---|----------------------|---|--|--|---------------|-----------------|--|--|--|---|---|
| 4         | 4.1.1  | N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili sul totale punti                                    | Rendiconti PLP       | N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili | N. totale punti di sostegno allattamento | N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili / totale punti x 100 | ok            | Non disponibile | Calendario incontri nei 30 punti di sostegno | Almeno 50%   | Almeno 75%   | 100%  |   |
|           | 4.2.1  | Costituzione/ formalizzazione gruppi fumo aziendali /ASL  | Rendiconti PLP       | ASL che hanno attivato il gruppo fumo   | N. totale ASL                            | ASL che hanno attivato il gruppo fumo / N. tot. ASL  | ok            | //              | 30%  | 50%  | 80%  | 100%  |   |
|           | 4.2.3  | Coordinamento delle iniziative di prevenzione consumo dannoso/rischioso alcool  | Report gruppo alcool |   |  |  | Si/no         |                 | //   | Contatti e individuazione membri del gruppo di lavoro ALCOL<br>Definizione di un format specifico per i training | Insedimento gruppo di coordinamento e formalizzazione                  | Monitoraggio e valutazione iniziative implementate nelle ASL nell'anno precedente ed eventuali revisioni format | Valutazione iniziative formative implementate, report finale attività del gruppo di lavoro alcool e sua diffusione                  |
|           |        | Realizzazione corsi di formazione da parte delle ASL  | Rendiconti PLP       |   |  |  |               |                 | //   | //   | Almeno un evento formativo a livello regionale per formatori delle ASL | Almeno il 30% delle ASL piemontesi hanno effettuato corsi   | Almeno il 50% delle ASL piemontesi hanno effettuato corsi   |
|           | 4.2.5  | Ricognizione percorsi attivati nelle Aziende Sanitarie secondo apposito Report. N. ambiti/servizi specialistici coinvolti nei percorsi attivati | Rendiconti PLP       | N. ambiti specialistici<br>N. pazienti trattati   | //                                       | //   |               |                 | //   | N. ambiti specialistici per MCNT > 5<br>N. pazienti trattati > 50  | N. ambiti specialistici per MCNT > 6<br>N. pazienti trattati > 60      | N. ambiti specialistici per MCNT > 6<br>N. pazienti trattati > 70   | N. ambiti specialistici per MCNT > 6<br>N. pazienti trattati > 70<br>Redazione report su evoluzione modello "MET" esercizio-terapia |
|           |        | Definizione degli indirizzi regionali e modalità di monitoraggio sullo sviluppo dell'attività MET   | Regione Piemonte     |   |  |  |               |                 | //   | Redazione piano di lavoro gruppo per lo sviluppo delle attività del MET  | Report di attività intermedio  | Adozione indirizzi regionali promozione esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche                    | Definizione modalità di raccolta dati sistematica Report sugli sviluppi del MET   |
|           | 4.1.3  | N. edizioni di corsi, seminari, convegni, incontri rivolti a pazienti e/o operatori sanitari  | Rendiconti PLP       | N. edizioni di corsi, seminari, convegni  | //                                       | //   |               |                 | //   | ≥ 5  | ≥ 5  | ≥ 5   | ≥ 5   |

| Programma | Azione | Definizione   | Fonte                        | Numeratore   | Denominatore                             | Formula di calcolo   | Criteri SMART | Valore baseline | Standard 2015  | Standard 2016  | Standard 2017  | Standard 2018   |
|-----------|--------|---|------------------------------|--|--|--|---------------|-----------------|--|--|--|---|
|           | 4.1.5  | Avvio percorsi evidence-based   | Report gruppo di lavoro      |  |  | Si/no  |               | //              | Almeno un report sulle attività di interazione con il gruppo sul PDTA-DM | Raccolta buone pratiche e identificazione dei criteri (elementi minimi qualificanti per i percorsi educativo-terapeutici efficaci) | Avvio in almeno 2 strutture diabetologiche regionali di almeno un percorso educativo-terapeutico strutturato con i criteri individuati | Documento di verifica della trasferibilità del percorso ad almeno un'altra malattia cronica |
|           | 4.1.8  | Programma di implementazione degli interventi di prevenzione e counselling nutrizionale nelle ASL | Rendiconti PLP               | N. ASL che adottano programma counseling nutrizionale                            | N. totale ASL                            | N. ASL che adottano programma counseling nutrizionale/N. totale ASL  | ok            | Non disponibile | Non applicabile  | 30% delle ASL adottano il programma  | 50% delle ASL adottano il programma  | 100% delle ASL adottano il programma  |
|           | 4.3.1  | % DMI che dispongono del dato allattamento al seno a 6 mesi                                       | Regione Piemonte             | N. DMI che dispongono del dato   | Totale DMI                               | N. DMI che dispongono del dato / Totale DMI                          | ok            | Non disponibile | Non disponibile  | 60%  | 80%  | 100%  |
|           | 4.3.3  | Realizzazione corsi info-educativi secondo i criteri regionali                                    | Rendiconti PLP               |  |  |  |               | //              | Avvio ricerca e raccolta principali evidenze scientifiche ed esperienze  | Produzione report ricognizione corsi realizzati  | Produzione documento di indicazione procedurale  | Almeno 30% corsi realizzati   |
|           | 4.3.5  | Realizzazione prima edizione corso nelle ASL  | Rendiconti PLP               | N. ASL che hanno realizzato il corso   | N. totale ASL                            | N. ASL che hanno realizzato il corso / N. totale ASL                 | ok            | //              | Preparazione materiali didattici   | 50%  | 100%   | 100%  |
| 5         | 5.1.1  | Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening mammografico                          | Data base Prevenzione Serena | Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee | Popolazione bersaglio 50-69 anni annuale | N. donne invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio x 100   | ok            | 70,2%           | 75%  | 85%  | 100%   | 100%  |
|           | 5.1.1  | Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening cervico-vaginale                      | Data base Prevenzione Serena | Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee | Popolazione bersaglio 25-64 anni annuale | N. donne invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio x 100   | ok            | 78%             | 70%  | 80%  | 100%   | 100%  |
|           | 5.1.1  | Numero di persone invitate a sigmoidoscopia   | Data base Prevenzione Serena | Numero di persone invitate + adesioni spontanee                                  | Popolazione bersaglio 58 anni annuale    | N. persone invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio x 100 | ok            | 80,2%           | 82%  | 85%  | 100%   | 100%  |

| Programma | Azione | Definizione   | Fonte  | Numeratore   | Denominatore                                      | Formula di calcolo   | Criteri SMART | Valore baseline                                   | Standard 2015  | Standard 2016                                     | Standard 2017  | Standard 2018  |
|-----------|--------|---|--|--|---|--|---------------|---|--|---|--|--|
|           | 5.1.2  | Lettera informativa per mammografia alle donne 45-49 anni   | Data base Prevenzione Serena   | Numero di dipartimenti che hanno inviato la lettera informativa    | N. dipartimenti di screening                      | N. dipartimenti che hanno inviato/n. dipartimenti  | ok            | Non disponibile                                   | 5/9  | 7/9   | 9/9  | 9/9  |
|           | 5.3.1  | Lettera preavviso screening colo-rettale  | Data base Prevenzione Serena   | Numero di dipartimenti che hanno inviato la lettera di preavviso   | N. dipartimenti di screening                      | N. dipartimenti che hanno inviato/n. dipartimenti  | ok            | Non disponibile                                   | 1/9  | 3/9   | 7/9  | 9/9  |
|           | 5.2.1  | Invitate a test HPV di primo livello  | Data base Prevenzione Serena   | Invitate a test HPV di primo livello nell'anno                     | Totale invitate nell'anno (complessivo regionale) | Invitate a test HPV di primo livello nell'anno/ totale invitate nell'anno                        | ok            | Non disponibile (attività avviata in 6 dip. su 9) | 30%  | 40%   | 50%  | 90%  |
|           | 5.10.1 | Avvio programma sperimentale  | Regione Piemonte   |  |   |  |               | //  | //   | Studio di fattibilità agli atti                   | Individuazione territorio sperimentazione                                      | Report avvio sperimentazione   |
|           | 5.11.2 | N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico sul totale dei punti nascita              | Regione Piemonte   | N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico        | N. totale punti nascita                           | N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico / N. totale dei punti nascita        | ok            | //  | //   | 90%   | 90%  | 100%   |
|           | 5.12.1 | N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso sul totale dei punti nascita       | Regione Piemonte   | N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso | N. totale punti nascita                           | N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso / N. totale dei punti nascita | ok            | //  | //   | 90%   | 90%  | 100%   |
| 6         | 6.1.1  | Report regionale descrittivo dei rischi e danni   | Flussi Inail-Regioni, Informo, SPRESALWeb, comunicazioni dei medici competenti ex art. 40/81 |  |   | Sì/no  |               | Assenza report                                    | Definizione dei contenuti minimi dei report regionali e locali | Report disponibile in almeno il 50% delle ASL     | Report locali disponibili sul sito, della Regione, di Dors e presentato al CRC | Report regionale disponibile sul sito della Regione, di Dors e presentato al CRC |
|           | 6.4.1  | Aggiornamento e pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi | Comunicazione da enti abilitanti   |  |   | N. aggiornamenti pubblicati on line  |               | Non disponibile                                   | Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti              | Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti | Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti                              | Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti                                |

| Programma | Azione | Definizione   | Fonte                              | Numeratore   | Denominatore   | Formula di calcolo   | Criteri SMART | Valore baseline  | Standard 2015   | Standard 2016   | Standard 2017   | Standard 2018   |
|-----------|--------|---|------------------------------------|--|--|--|---------------|--|---|---|---|---|
|           | 6.5.1  | Predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo                                | Siti istituzionali                 |  |  | Si/no  |               | Assenza linee di indirizzo operativo                             | Predisposizione di bozza di documento   | Approvazione e diffusione del documento   | //  | //  |
|           | 6.6.1  | Percorsi formativi per insegnanti   | Rendicontazioni e gruppo di lavoro |  |  | N. percorsi/seminari/moduli  |               | Non applicabile  | Costituzione Gruppo di lavoro e progettazione percorso formativo  | Realizzazione di almeno tre seminari calibrati ai tre diversi gradi scolastici  | Realizzazione di un nuovo corso di formazione per insegnanti, per ogni segmento formativo                                       | Realizzazione di almeno 4 moduli di aggiornamento   |
|           | 6.7.2  | Report regionale sull'applicazione del Piano Regionale Edilizia                             | Sito istituzionale                 |  |  | Si/no  |               | Non applicabile  | Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta | Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta | Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta | Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta |
|           | 6.7.3  | ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura  | Rendiconti PLP                     | N. di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura | N. totale ASL  | N. ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura / N. tot. ASL                | ok            | 70%  | 80%   | 80%   | 80%   | 100%  |
| 7         | 7.2.1  | Protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale                     | Regione Piemonte                   |  |  | Si/no  |               | //   | //  | Costituzione di un gruppo di lavoro sul biomonitoraggio   | Report di attività del gruppo di lavoro sul biomonitoraggio   | Protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale pubblicato  |
|           | 7.2.2  | Atlante regionale Ambiente Salute   | Sito regionale                     |  |  | Si/no  |               | //   | //  | Pubblicazione prima parte Atlante Regionale   | Pubblicazione seconda parte Atlante Regionale   | Pubblicazione terza parte Atlante Regionale   |
|           | 7.7.1  | Documento di formalizzazione annuale del Piano Regionale dei Controlli REACH-CLP            | Regione Piemonte                   |  |  | Si/no  |               | 1 documento formalizzato presente annualmente a partire dal 2012 | 1 documento formalizzato  | 1 documento formalizzato  | 1 documento formalizzato  | 1 documento formalizzato  |
|           |        | N. controlli effettuati su quanti previsti nel Piano regionale per le attività di controllo | Regione Piemonte                   | N. controlli effettuati                                | N. controlli previsti nel Piano regionale di controllo | N. controlli effettuati / N. controlli previsti nel Piano regionale di controllo | ok            | //   | ≥ 80%   | ≥ 80%   | ≥ 80%   | ≥ 80%   |

| Programma | Azione | Definizione   | Fonte                   | Numeratore  | Denominatore                             | Formula di calcolo   | Criteri SMART | Valore baseline              | Standard 2015                                  | Standard 2016                                  | Standard 2017                                  | Standard 2018                                  |
|-----------|--------|---|-------------------------|---|--|--|---------------|------------------------------|--|--|--|--|
|           | 7.8.1  | Realizzazione corso formazione per ispettori REACH/CLP  | Regione Piemonte        |   |  | Si/no  |               | //                           | Almeno un corso effettuato a livello regionale | Almeno un corso effettuato a livello regionale | Almeno un corso effettuato a livello regionale | Almeno un corso effettuato a livello regionale |
|           | 7.13.1 | Interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti   | Rendiconti PLP          | N. di interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti | N.di interventi di controllo programmati | N. interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti/n. interventi programmati | ok            | 10/12                        | 11/12  | 11/12  | 11/12  | 11/12  |
| 8         | 8.1.1  | Adozione nuova piattaforma informatizzata   | Regione Piemonte        | N. ASL che hanno attivato la nuova piattaforma                                  | N. totale ASL                            | N. ASL che hanno attivato la nuova piattaforma/ N. totale ASL  | ok            | Nuova piattaforma assente    | Progetto                                       | Sviluppo                                       | 12/12  | 12/12  |
|           |        | Completamento programma anagrafi vaccinali  | Sistemi informativi ASL | N. ASL che hanno attivato l'anagrafe informatizzata                             | N. totale ASL                            | N. ASL che hanno attivato l'anagrafe informatizzata/ N. totale ASL                                     | ok            | 11/12                        | 11/12  | 11/12  | 11/12  | 12/12  |
|           |        | Attivazione sistema sorveglianza contatti TB  | Regione Piemonte        | N. ASL che hanno attivato sistema sorveglianza contatti TB                      | N. totale ASL                            | N. ASL che hanno attivato sistema sorveglianza contatti TB / N. totale ASL                             | ok            | Sistema sorveglianza assente | Progetto                                       | Sviluppo                                       | 12/12  | 12/12  |
|           |        | Attivazione sistema sorveglianza uso antibiotici  | Regione Piemonte        |   |  |  |               | Sistema sorveglianza assente | Progetto                                       | Sviluppo                                       | Attivo   | Attivo   |
| 9         | 9.1.1  | Evento regionale di sensibilizzazione e formazione/ formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco  | Regione Piemonte        | N. eventi   | N. totale ASL                            | N. eventi/n. ASL x 100   | ok            | //                           | //   | Almeno 1 evento nel 30% delle ASL              | Almeno 1 evento nel 50% delle ASL              | Almeno 1 evento nell'80% delle ASL             |
|           | 9.1.2  | Protocolli di intervento integrato che descrivano i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.) | Regione Piemonte        |   |  | Si/no  |               | Non disponibile              | //   | Protocollo disponibile                         | //   | //   |

| Programma | Azione | Definizione  | Fonte               | Numeratore  | Denominatore  | Formula di calcolo   | Criteri SMART | Valore baseline | Standard 2015  | Standard 2016 | Standard 2017 | Standard 2018 |
|-----------|--------|--|---------------------|---|---|--|---------------|-----------------|--|---------------|---------------|---------------|
|           | 9.7.1  | Protocollo tecnico revisionato per le analisi microbiologiche che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste (comunitarie, nazionali e locali, incluse quelle laboratoristiche) | Regione Piemonte    |   |   | Si/no  |               | Non disponibile | //   | //            | //            | Almeno 1      |
|           | 9.8.1  | Raccolta annuale dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato e trasmissione al MS e ISS secondo il percorso standardizzato previsto   | Data base regionale |   |   | Si/no  |               | Non disponibile | //   | 1             | 1             | 1             |
|           | 9.10.1 | Numero audit sulle ACL/anno  | Database regionale  |   |   | Numero audit sulle ACL/anno  |               | Non disponibile | da 4 a 6   | da 4 a 6      | da 4 a 6      | da 4 a 6      |
| 10        | 10.1.1 | N. ASL che utilizzano Prosa per la rendicontazione PLP   | Database regionale  | N. ASL che utilizzano il set di indicatori per il monitoraggio                | N totale ASL  | N. ASL che utilizzano set/n. totale ASL x 100                              | ok            |                 | Presenza set di indicatori per monitoraggio progetti | 50%           | 75%           | 100%          |
|           | 10.1.2 | N. ASL che rispettano gli indirizzi annuali sulle sorveglianze di popolazione sul totale delle ASL   | Regione Piemonte    | N. ASL che rispettano gli indirizzi annuali sulle sorveglianze di popolazione | N. totale di ASL  | N. ASL che rispettano indirizzi/n. totale ASL x 100                        | ok            | 90%             | 100%   | 100%          | 100%          | 100%          |
|           | 10.1.3 | N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito/previsti   | Regione Piemonte    | N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito             | N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> previsti | N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito/previsti | ok            | Non disponibile | 25%  | 50%           | 100%          | 100%          |