

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2019

Programmi di prevenzione per il periodo 2015-2019

**Testo integrato e aggiornato
alla rimodulazione 2018 e proroga 2019
(DGR n. 27-7048 del 14/06/2018)**

INDICE

	<i>pag.</i>
Introduzione	3
Il profilo di salute della popolazione piemontese	7
Programmi del Piano regionale di prevenzione 2015-2019	23
1. Guadagnare Salute Piemonte - Scuole che promuovono salute	23
2. Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di vita	39
3. Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro	57
4. Guadagnare Salute Piemonte - Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario	69
5. Screening di popolazione	101
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	189
10. Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano regionale di prevenzione	209
11. Piano di monitoraggio e valutazione	223

INTRODUZIONE

Il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2019 (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 vision 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.

Dopo una prima fase operativa (2015-2017), nel 2018 si è proceduto alla rimodulazione e proroga al 2019 del Piano (DGR n. 27-7048 del 14/06/2018), in coerenza con quanto stabilito nell'Intesa Stato-Regioni n. 247/CSR del 21/12/2017, per consentire il raggiungimento degli standard regionali degli indicatori centrali PNP. Il PRP rimodulato ed esteso al 2019 ricerca una migliore coerenza con gli obiettivi e le strategie del PNP e mantiene la continuità con le strategie organizzative già declinate negli anni precedenti, che hanno consentito 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 all'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 consapevolezza, 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. Sono stati sperimentati e consolidati 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 rispondono anche a una logica di sistema e devono quindi essere realizzati attraverso interventi sostenibili e “ordinari”. Il PRP 2014-2019 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 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 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 stabiliti dall'attuale disciplina del personale delle ASL.

Nelle tabelle successive si riporta la situazione del personale dei Dipartimenti di prevenzione all'inizio del periodo di vigenza del presente Piano, 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 addetta 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	Ammini- strativi	Altro	Totale	Veterinari	Veterinari convenzionati (part time)	TPALL	Operatore tecnico specializzato	Ammini- strativi	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
Totale	64	112,8	19	4	65,9	10	275,7	446	92	87,3	30	168,3	823,6

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
TOTALE	89,17	3,00	139,54	91,83	72,12	10,33	405,98

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
TOTALE	44,18	3,70	21,72	153,48	57,08	9,20	289,36

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

Aggiornamento marzo 2018

Il Piano Regionale della Prevenzione non può prescindere dalla descrizione del profilo di salute della popolazione piemontese, che rappresenta sia un punto di partenza per identificare obiettivi e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione all'interno della regione, sia un bilancio di come le azioni messe in campo siano state efficaci nel migliorare la salute dei cittadini, al netto dell'azione dei determinanti su cui non agiscono le azioni del Piano. Risulta funzionale agli obiettivi di monitoraggio del Piano non solo aggiornare gli indicatori centrali (dettati dal Piano nazionale) ma anche una serie più ampia di indicatori di salute e demografici che possa rendere più chiara la lettura dei risultati delle azioni di prevenzione.

Gli indicatori di salute dei residenti si accompagna, ove possibile, ad un confronto coi valori nazionali. Nel presente profilo, gli indicatori sono aggiornati al 2016, dando quindi conto delle variazioni occorse in un decennio (2007-2016). In questo modo, si è voluto dare risalto, oltre che al confronto geografico Piemonte - Italia, anche al trend temporale per valutare cosa si sia modificato negli ultimi anni. Naturalmente, il confronto con i valori nazionali non esaurisce le dimensioni attraverso le quali definire obiettivi di salute: frequenza e rilevanza dei problemi di salute non variano solo per genere e diverse fasce di età ma anche per area territoriale. È noto come all'interno della regione vi siano importanti differenze geografiche negli indicatori di salute.

Questa sezione si propone di tracciare un profilo di salute "regionale" attraverso il ricorso alle principali fonti informative disponibili. Il profilo di salute è stato articolato in quattro paragrafi. Il primo e il secondo sono dedicati alle caratteristiche demografiche e socio-economiche della popolazione residente, essendo questi due elementi fortemente influenzanti la salute e i bisogni dei cittadini. Il terzo paragrafo è dedicato a una raccolta di indicatori dello stato di salute provenienti da diverse fonti informative. Il quarto paragrafo presenta alcuni indicatori di fattori di rischio (soprattutto comportamentali) che condizionano fortemente la salute dei cittadini, anche se con effetti rilevanti solo a distanza di tempo. Si tratta di fattori di rischio di interesse soprattutto per il macro obiettivo inerente le malattie croniche non trasmissibili. Azioni di prevenzione efficaci su questi fattori sarebbero potenzialmente in grado di assicurare un alto guadagno di salute, contribuendo alla sostenibilità del nostro sistema sanitario, gravemente minacciata dal carico di malattie croniche. L'ultimo paragrafo approfondisce il tema delle differenze sociali nell'esposizione ai principali fattori di rischio, e quanto queste contribuiscano alla presenza nella collettività di fattori di rischio potenzialmente evitabili.

Demografia

La popolazione totale residente in Piemonte, al 31/12/2016, ammonta a 4.392.526 abitanti, di cui 2.129.403 uomini (48,5% del totale) e 2.263.123 donne (51,5%), in lieve aumento rispetto al 2007 in cui la popolazione totale era di 4.332.069 abitanti, 2.093.429 maschi (48,3%) e 2.238.640 femmine (51,7%) (<http://www.ruparpiemonte.it/infostat>; nota: valori leggermente diversi rispetto a quelli presenti su <http://dati.istat.it>).

La dinamica naturale della popolazione è dominata dal saldo negativo tra i nati e i morti, con un eccesso dei secondi rispetto ai primi. Il tasso di natalità, insufficiente a garantire il ricambio generazionale, mostra continue riduzioni: 7,5/1000 nel 2016, era 8,8 nel 2007 (il dato nazionale è 8/1000 nel 2016) (<http://demo.istat.it/index.html>). Il saldo naturale negativo sarebbe ancora maggiore se non fossero intervenuti fenomeni migratori ad attenuarne il valore. Nel complesso, la percentuale di popolazione straniera regolare residente in Piemonte tende, infatti, ad aumentare, costituendo nel 2016 il 9,6% della popolazione, laddove in tutta Italia è 8,3%; nel 2007 tali valori erano rispettivamente 5,8% e 5% (HFA, dicembre 2017).

Si rileva un costante aumento percentuale delle fasce di età più anziane: la popolazione over 65 rappresenta nel 2016 il 24,9% della popolazione totale (il dato nazionale è 22,2%); era 22,7 nel 2007. L'indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione con oltre 64 anni e quella con meno di 15), è in Piemonte nel 2016 pari a 195,6 (Italia: 163,4) (HFA, dicembre 2017). L'incremento dell'indice di invecchiamento regionale è attenuato dalla quota di immigrati dall'estero, appartenenti per lo più a fasce di età giovani.

Migliora, seppur di poco, 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), è nel 2016 di 146,8 (era 147,6 nel 2007) (<http://www.ruparpiemonte.it/infostat>).

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 ≥ 65 anni), è peggiorato (60,4 nel 2016 rispetto a 54,4 nel 2007), con aumento della popolazione inattiva e quindi del carico sociale.

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 (elaborazioni Sepi su multiscopo salute Istat). 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).

Il rapporto immigrazione/emigrazione rimane positivo, controbilanciando in parte l'invecchiamento progressivo della popolazione e contribuendo a rafforzare le fasce di età lavorative necessarie a garantire un bilancio equilibrato del futuro carico sociale (pensionistico e sanitario).

Caratteristiche sociali ed economiche

Le condizioni socio-economiche degli individui costituiscono un importante predittore di salute: persone maggiormente istruite, con un lavoro, 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 2016, il 60,3% 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 9,4% e coinvolgendo in particolare la popolazione giovanile, il cui tasso di disoccupazione nel 2016 ha raggiunto il 36% (era il 14% nel 2007 prima dell'inizio della crisi). A livello nazionale, i tassi di disoccupazione sono ancora più drammatici (rispettivamente 11,7% e 37,8%) (*Health for All*, dicembre 2017). 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.

Si osservano anche variazioni nella struttura occupazionale, con un aumento della percentuale di occupati nel settore dei servizi, a scapito dell'industria e dell'agricoltura.

Segnali positivi arrivano dalle condizioni economiche famigliari: mentre nel 2007 il 37,8% delle famiglie piemontesi dichiarava difficoltà per arrivare alla fine del mese, nel 2016 questo valore è sceso al 32,3%, in linea col valore nazionale (32,4%). Se però si considera la percentuale di famiglie in povertà relativa, la situazione piemontese è migliore rispetto al valore nazionale: nel 2016, 6% vs 10,6%.

Tende a mutare la struttura delle famiglie: aumentano quelle di un solo elemento (i "single"), che rappresentano oramai un terzo delle famiglie piemontesi, mentre rimane costante la quota di anziani che vivono soli.

Lo stato di salute

La speranza (o attesa) di vita alla nascita, cioè il numero medio di anni che un nuovo nato dovrebbe 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. L'Italia è tra i Paesi al mondo con l'aspettativa di vita più elevata in entrambi i sessi. Il Piemonte presenta valori quasi identici a quelli nazionali. Nel 2016, un bambino nato in Piemonte poteva contare su un'attesa di vita di 80,5 anni, una bambina di 84,9. Nello stesso anno, un uomo di 65 anni aveva un'aspettativa di vita di ulteriori 18,9 anni, una donna di 22,2. Inoltre, questi valori sono in costante miglioramento nel tempo: tra il 2007 e il 2016, cioè in soli dieci anni, gli uomini piemontesi hanno guadagnato due anni di speranza di vita, le donne 0,8 anni. Si è quindi ridotto il forte differenziale esistente tra uomini e donne, che, tuttavia, continua a essere rilevante: 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. Un'altra causa rilevante è la diminuzione della mortalità infantile, che ha raggiunto in Italia, ma soprattutto in Piemonte, valori tra i più bassi al mondo e difficilmente comprimibili ulteriormente. Tra gli altri fattori, si ricorda la riduzione dei tassi di mortalità per incidenti stradali nelle fasce di età giovani (in cui rappresentano la principale causa di morte), 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 tuttavia ricordato che, tra le regioni dell'Italia settentrionale, il Piemonte mantiene una situazione di svantaggio, soprattutto nei maschi (la speranza di vita al nord nel 2016 era di 80,9 anni per gli uomini e di 85 anni per le donne), lasciando quindi intravedere spazi di miglioramento.

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 funzionali 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 16,4 anni senza limitazioni funzionali (poco meno di 16 in Italia) e le donne su quasi 18 anni (16,4 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 in condizioni di salute mediamente migliori.

Se si guarda alla mortalità generale, il tasso standardizzato per età è in costante riduzione (giustificando l’allungamento dell’attesa di vita), in entrambi i sessi (più marcatamente 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 e il 2015, 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 18% tra gli uomini e del 15% tra le donne. In considerazione del fatto che queste cause continuano a costituire oltre un terzo del totale dei decessi (circa 19.000 l’anno), 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.

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 miscellanea 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 12,3 x 10.000 tra gli uomini (13,9 in Italia) e 6 x 10.000 tra le donne (7,5 in Italia) – il valore più basso in Italia –, quella per malattie cerebrovascolari presenta una situazione opposta, con valori tra i più alti del Paese (11 x 10.000 tra gli uomini piemontesi e 9,2 x 10.000 tra le donne, contro valori nazionali, rispettivamente, di 9,3 e 7,8). 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 (circa 15.000 all’anno), è rappresentato dalle neoplasie. La riduzione nei dieci anni di osservazione del tasso standardizzato di mortalità è più ridotta di quanto osservato per le malattie dell’apparato circolatorio: meno 14% per gli uomini (anche in Italia 14%) e meno 7% per le donne (anche in Italia 7%) 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.

Anche le malattie del digerente presentano tassi di mortalità std. inferiori ai valori nazionali, in entrambi i generi.

Le malattie dell’apparato respiratorio continuano invece a presentare un eccesso rispetto all’Italia, sia tra gli uomini sia tra le donne, così come la mortalità per cause accidentali. Queste cause di morte presentano comunque un importante decremento nel periodo considerato, in particolare le cause accidentali.

Gli incidenti stradali continuano a rappresentare la principale causa di morte in età giovanile. Dopo una continua discesa negli ultimi decenni, la riduzione del tasso di mortalità si è attenuata nel 2010, arrestandosi dal 2013 (trend analogo a livello nazionale). Tali dati sembrano indicare l’impossibilità per il Piemonte (e l’Italia) di

raggiungere i risultati ottenuti nei Paesi europei più sviluppati (e ovviamente l'obiettivo OMS del dimezzamento di mortalità al 2020).

Per quel che riguarda invece gli infortuni sul lavoro, il trend è in continuo calo, con tassi regionali stabilmente al di sotto di quelli nazionali. Aumentano tuttavia gli infortuni¹ gravi (infortuni mortali o con invalidità permanente o con inabilità temporanea superiore a 40 giorni). Nel 2015, il più recente anno disponibile nei flussi Inail-Regioni, il tasso di infortuni gravi è 3,89 per 1000 addetti (4,71 il tasso nazionale). Anche il tasso di infortuni calcolato nel comparto costruzioni è più basso di quello nazionale (6,24 infortuni per 1000 addetti vs 8,88). È invece simile al valore nazionale la proporzione di infortuni con esiti gravi nel settore agricoltura (37,26% vs 37,89%).

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 (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 e secondaria, sia per gli uomini che per le donne.

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; all'ultima indagine (2013), rispetto al resto di Italia, nella popolazione con più di 65 anni di età, il 44% degli uomini e il 35% delle donne 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 6,2% e 8,4%. Dalle indagini ISTAT sulla salute sono possibili approfondimenti 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 il disagio conseguente alla crisi economica e sociale non si manifesta ancora in un peggioramento dello stato di salute percepito della salute fisica delle persone, ma comincia a manifestarsi a livello psicologico e di salute mentale, in particolare tra gli uomini adulti, più sensibili ad eventi negativi quali difficoltà economiche e perdita del lavoro.

In letteratura sono descritti alcuni effetti positivi delle crisi economiche sulla salute, quali il contenimento dei consumi insalubri come tabacco e alcool per ragioni di costo, o la riduzione degli infortuni sul lavoro (per il minor numero di ore lavorate) e degli incidenti stradali: in Piemonte, come detto, si è osservata una riduzione degli infortuni sul lavoro ma non dell'incidentalità stradale.

È importante ricordare che gli indicatori di mortalità e di salute autoriferita possono variare notevolmente 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 continuano a presentare indicatori più sfavorevoli e sostanzialmente invariati anche negli ultimi anni (figura 1)².

Differenze altrettanto importanti riguardano la posizione sociale dei cittadini^{1,3}. Questo argomento sarà ripreso all'interno del paragrafo dedicato agli obiettivi di prevenzione mirati alle disuguaglianze.

¹ Sono qui intesi come infortuni quelli riconosciuti dall'Inail occorsi "in occasione di lavoro" (sono quindi esclusi gli infortuni "in itinere").

² Clerico G, Zanola R (a cura di). *La Sanità in Piemonte-Immaginare il futuro*. Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro". Giuffrè Editore. Milano, 2014.

³ 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.

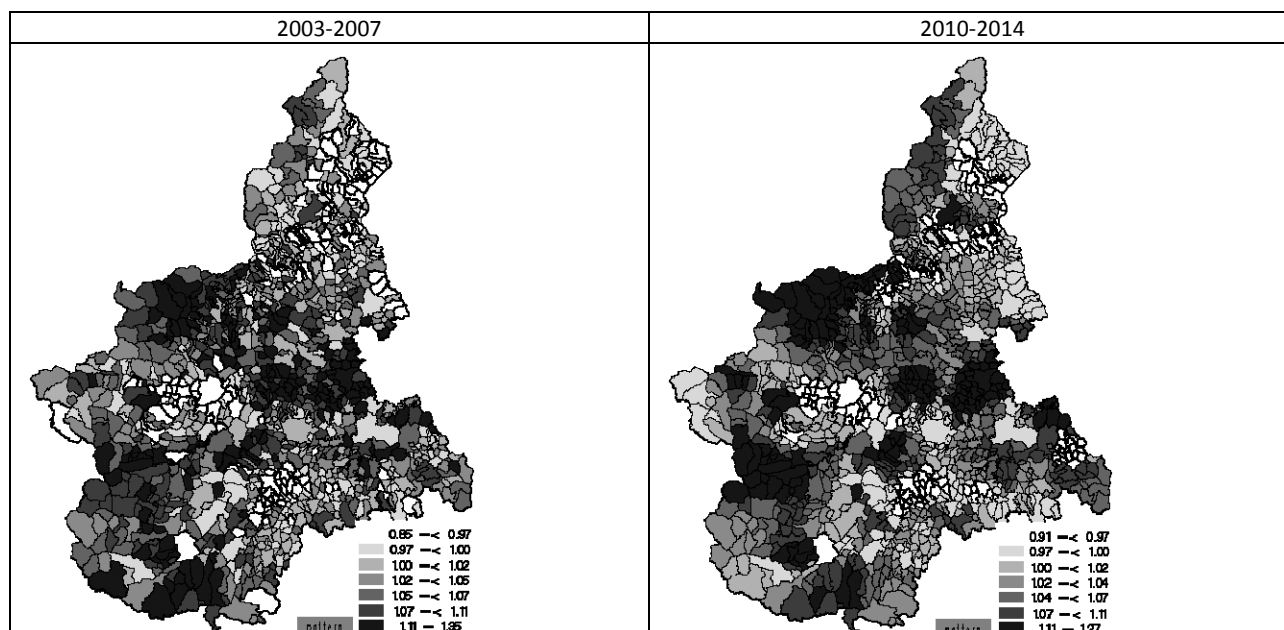


Figura 1. Rischi Relativi Bayesiani di mortalità per comune di residenza. Piemonte

Stili di vita⁴

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 2016 la serie storica delle prevalenze mensili dei fumatori risulta in diminuzione significativa, con prevalenze annuali che passano dal 29% al 24%, mentre quelle degli ex fumatori scendono dal 21% al 18%. Per quanto riguarda le differenze territoriali nella prevalenza di fumatori adulti, si va dal 20,5% nell'ASL TO3 al 29,6% nell'ASL VC (indagine PASSI anni 2013-2016).

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. La tutela delle persone dal fumo passivo, attraverso l'applicazione della Legge 3/2003, continua ad essere efficace: dal 2008 al 2016 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 95%).

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, 38% vs 21% (PASSI 2011-2014). Vi sono differenze anche nella capacità di smettere di fumare: tra le persone con molte difficoltà economiche c'è 1 ex fumatore circa ogni 2 fumatori, mentre tra quelle senza difficoltà economiche gli ex fumatori sono poco meno dei fumatori (PASSI 2011-2014).

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, continuano ad essere la maggioranza degli adulti: il 56% della popolazione tra 18 e 69 anni. Il consumo di alcol procapite e la mortalità alcol-attribuibile dell'Italia sono comunque 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 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. Riguardo le modalità di consumo di alcol a maggior rischio per la salute, l'assunzione abituale elevata di alcolici appare la meno diffusa: tra 18 e 69 anni di età, in Piemonte è del 5,5%, mentre è 8,1% la prevalenza di persone che consumano alcol prevalentemente fuori pasto, e 8,9% quella di persone con consumo *binge*, ovvero persone che negli ultimi 30 giorni hanno consumato in una singola occasione almeno 5, se uomini, o

⁴ www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica

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 il 19%; 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 significative, con un range che va dall'11% dell'ASL di Biella al 23,5% dell'ASL TO3. Nella fascia di età 18-24 anni (PASSI 2012-2015) si stima che i bevitori a maggior rischio salgano al 39%.

Una nota positiva per le azioni di prevenzione viene dall'osservazione che in Piemonte, come nel resto del Nord Italia, calano delle persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol (nel 2013-2016 poco meno di 1 persona su 10 in età adulta).

È nota da tempo l'associazione tra **eccesso ponderale** (sovrappeso e obesità) e malattie croniche (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 2013-2016 rispettivamente 28,4% vs 32% e 8% vs 10,5%). Tra le ASL del Piemonte, il range per l'eccesso ponderale va dal 31,5% dell'ASL TO1-TO2 al 40,8% dell'ASL AL (PASSI 2013-2016). La prevalenza di eccesso ponderale negli ultimi anni mostra delle riduzioni, sebbene non significative, sia tra gli adulti che tra i bambini (in 3^a elementare nel 2016 in Piemonte sovrappeso 18,4%, obesità 6%).

La diffusione del sovrappeso mostra importanti differenze per età, genere e scolarità (figura 2). La prevalenza di obesità non è particolarmente diversa per genere, mentre triplica passando dai 18-34 anni ai 50-69 anni (4% vs 11%), diventa 5 volte maggiore passando dai laureati alle persone con scolarità elementare (4% vs 23%) e raddoppia tra coloro che non hanno difficoltà economiche e chi ne ha molte (6% vs 14%).

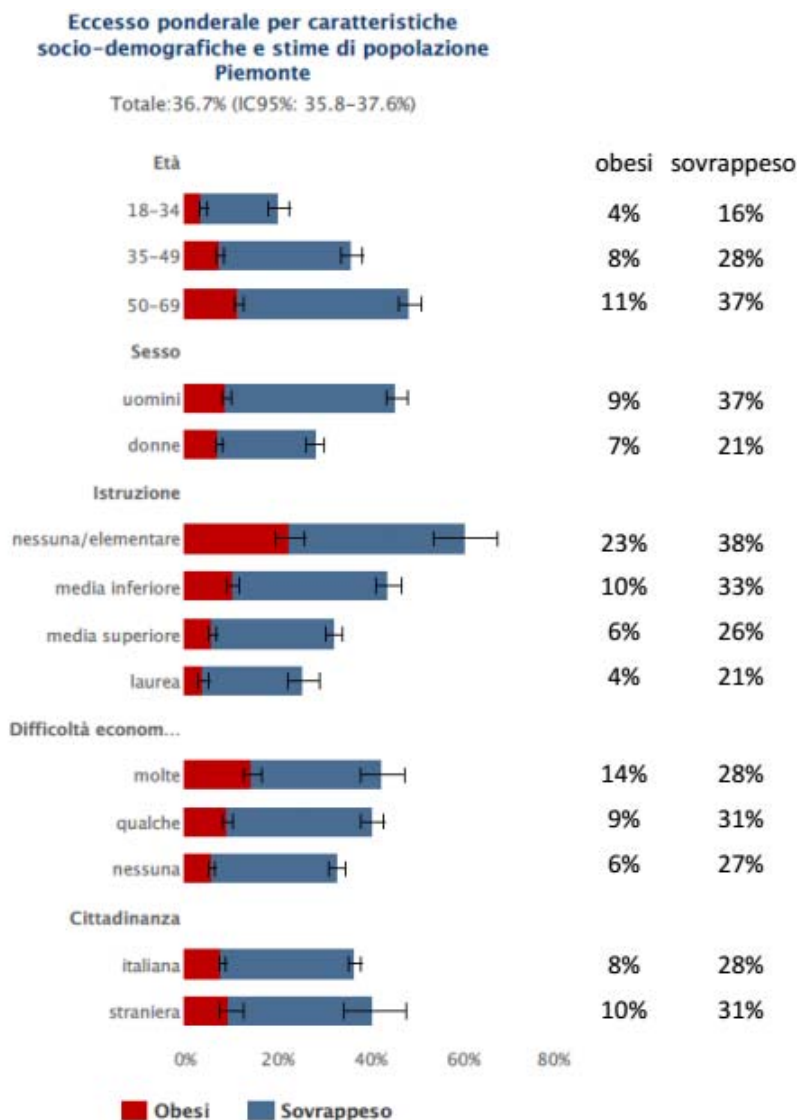


Figura 2. Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche. Piemonte, 2012-2015 (PASSI)

La valutazione dello stato nutrizionale individuale non può prescindere dall'analisi della situazione familiare e dalla percezione del problema: 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 (OKkio alla Salute Piemonte. Risultati indagine 2016).

Un **regime alimentare ricco di frutta e verdura** rappresenta un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Si 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 il 54% (PASSI 2013-2016). 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: 45% nella fascia 18-34 anni; 64% a 50-69 anni (dati 2015 PASSI). Anche tra le ASL del Piemonte si osservano differenze di prevalenza del consumo di 3 dosi di frutta e/o verdura: si va dal 36% dell'ASL TO5 al 71% dell'ASL CN1 (PASSI 2013-2016).

La popolazione adulta (18 e 69 anni) si divide in maniera complessivamente equivalente tra sedentari (33%) e persone attive che fanno **attività fisica** secondo gli standard internazionali (31%). Sembra tuttavia aumentare tra il 2008 e il 2016 la proporzione di persone sedentarie. La distribuzione di queste categorie è non significativamente differente tra Piemonte e pool nazionale. Differenze significative si osservano tra le ASL: i sedentari variano dal 18,7% nell'ASL BI al 59,5% nell'ASL TO5. In Piemonte sono meno diffusi tra i laureati (23%) e tra le persone senza difficoltà economiche (28%) mentre risultano più diffusi tra le persone con scolarità bassa (36%) o con molte difficoltà economiche (36%) (PASSI 2012-2015). Aumenta, seppur di poco, la prevalenza di persone (di 3 anni e più) che non praticano sport, ma il valore del Piemonte rimane inferiore a quello nazionale (32,6% vs 39%).

Le disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio bersaglio del PRP

La scelta delle priorità affrontate dal PRP si basa sulla prevalenza dei fattori di rischio prevenibili che maggiormente contribuiscono a spiegare il carico di malattia nella popolazione. Accanto a questa dimensione, il piano richiede di considerarne una seconda: la presenza di disuguaglianze sociali nell'esposizione a tali fattori di rischio. Per questo scopo, vengono di seguito presentati alcuni dati inerenti la dimensione delle disuguaglianze sociali nell'esposizione ai principali fattori di rischio bersagli del piano, in termini di quota di esposti che sarebbe evitabile se fossero eliminate le disuguaglianze per livello di istruzione.

I successivi grafici (figure 3-4) riportano la prevalenza (asse delle ascisse) e la frazione attribuibile (PAR) alle disuguaglianze sociali (misurata in termini di livello d'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 macro obiettivi di riferimento) per i quali sono disponibili nelle fonti informative alcuni indicatori che fungano da *proxi* del loro andamento⁵. I dati, stratificati per genere e aggiustati per età, mostrano i valori negativi associati ad ogni fattore di rischio. Per esempio, nei maschi la prevalenza del 55,7% dell'indicatore "carni" indica che poco più di 1 maschio piemontese su 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). Vi sono fattori di rischio per i quali si osserva una frazione attribuibile negativa, essendo i gruppi sociali più avvantaggiati a presentare una maggiore prevalenza: ad esempio, l'ipertensione nei maschi.

In Piemonte, gli indicatori con disuguaglianze sociali più marcate non sono necessariamente quelli con una prevalenza maggiore nella 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 l'apporto eccessivo di grassi, il tabagismo superiore alle 15 sigarette giornaliere, l'alcol, le esposizioni a rischi professionali) hanno invece una prevalenza inferiore ma spiegata in buona parte dalle condizioni dei cittadini più svantaggiati. I rischi professionali (esposizioni a polveri, rumori, cattive posizioni ergonomiche, rischio di infortuni), essendo a carico dei lavoratori manuali, solitamente meno istruiti, sono per il 70% attribuibili alle differenze sociali. Un ulteriore gruppo di fattori di rischio presenta invece una bassa prevalenza nella popolazione generale (inferiore al 10%), ma con un impatto delle

⁵ I dati sono validi per la popolazione piemontese di età superiore ai 20 anni e sono stati rielaborati dal servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3 a partire da fonti varie tra cui le Indagini multiscopo Istat *Aspetti di vita quotidiana* (pool anni 2009-2012), *Condizioni di Salute* (2013) e *Forze 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).

disuguaglianze molto elevato: ad esempio il vivere in case insicure, il rischio di infortuni domestici o l'aver guidato a meno di un'ora dall'ultima assunzione di bevande alcoliche nell'ultimo mese⁶.

Tra le donne si osserva un andamento simile, con le disuguaglianze che tendono a impattare 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) le disuguaglianze hanno un valore inferiore ma pur sempre intorno al 15-20%. Anche tra le donne le esposizioni professionali rappresentano i 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 negativo si riscontra, come tra gli uomini, nel consumo abituale di alcol, nella guida in stato di ebbrezza, nel numero di ore lavorate e nell'esposizione a discriminazioni in ambito lavorativo.

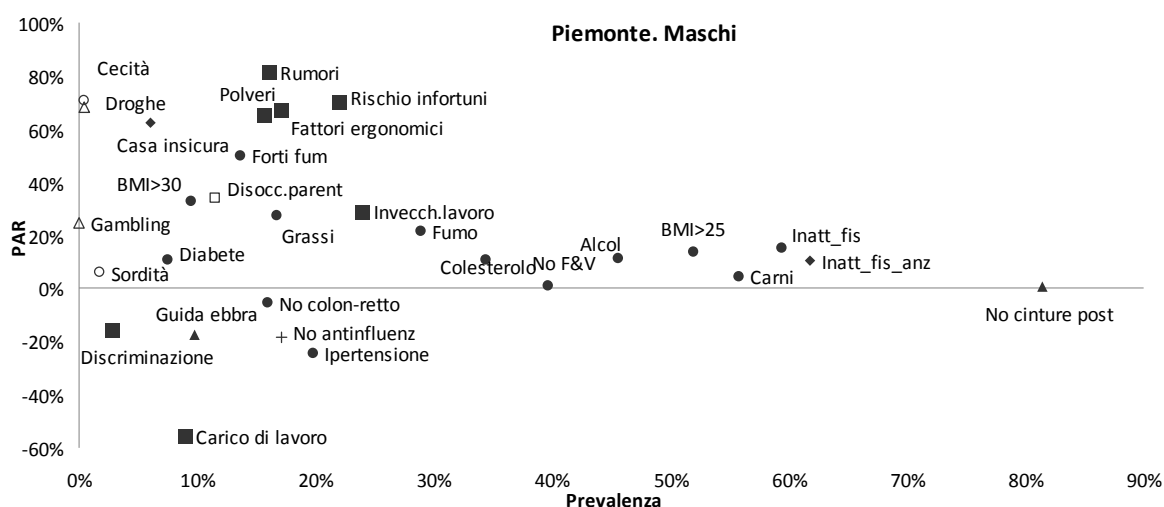


Figura 3. Disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio maschile

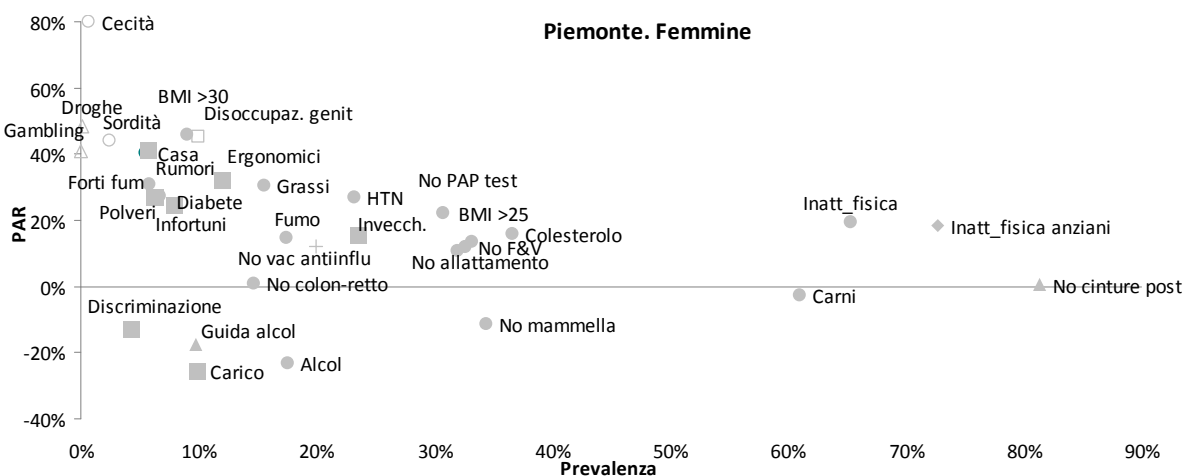


Figura 4. Disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio femminile

⁶ Ovviamente va considerato che anche fattori con prevalenze basse possono determinare effetti nocivi sulla salute anche peggiori di quelli causati da fattori di rischio con diffusione ampia nella popolazione. Il ranking delle priorità andrebbe basato sul criterio del *burden of disease* (impatto sulla salute) derivante da una determinata esposizione.

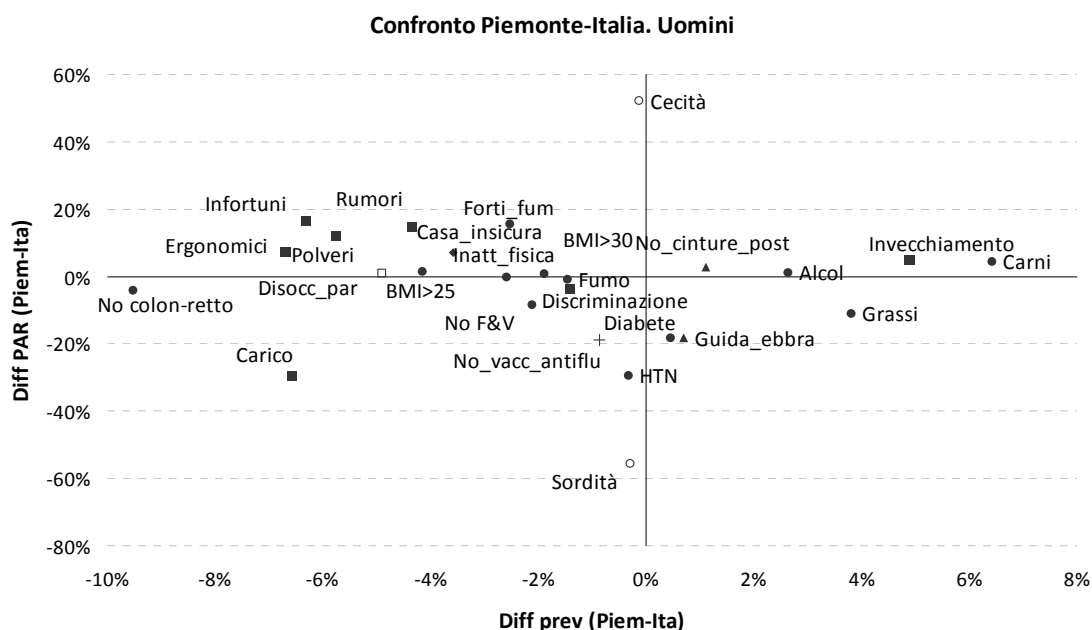


Figura 5. Esposizione ai fattori di rischio. Confronto Piemonte-Italia (uomini)

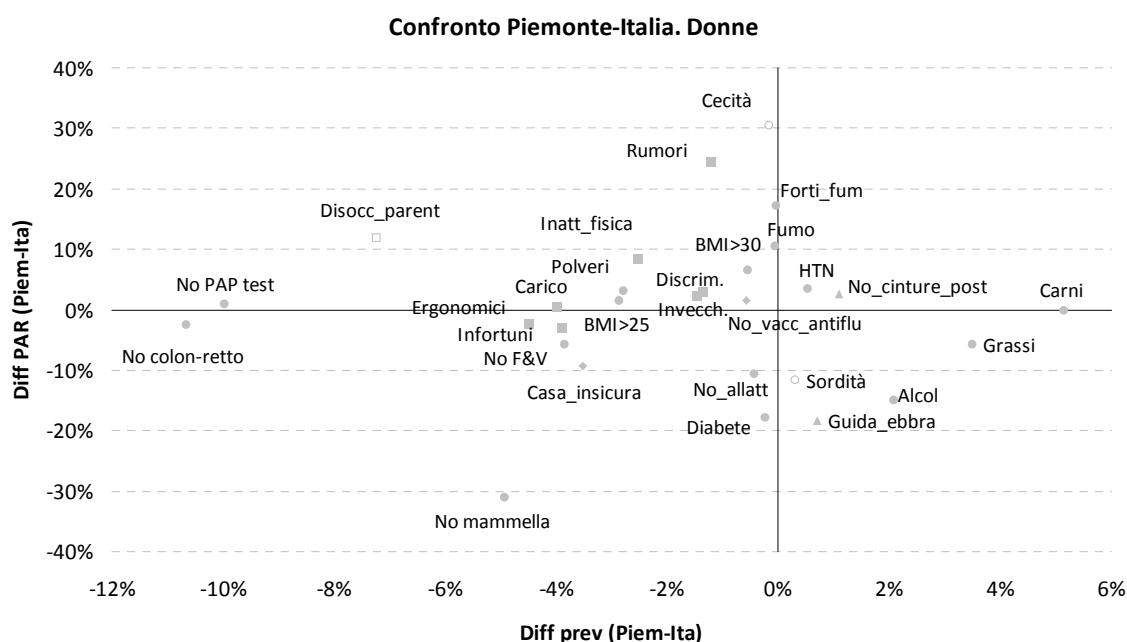


Figura 6. Esposizione ai fattori di rischio. Confronto Piemonte-Italia (donne)

Rispetto al resto d'Italia (figure 5-6), la popolazione piemontese risulta meno esposta alla maggioranza dei fattori di rischio considerati. Eccessi considerevoli interessano unicamente il consumo eccessivo di carni, grassi e bevande alcoliche, mentre risultano essere minori rispetto ai valori nazionali 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.

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 (figura 7). 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), questo indicatore tiene in considerazione anche la prevalenza del fattore di rischio nella popolazione. A parità di disuguaglianze nell'esposizione, azioni di contrasto verso fattori a più alta prevalenza avranno un impatto (inteso come guadagno di salute) maggiore. Per converso, per fattori a pari prevalenza, l'impatto sarà maggiore laddove le disuguaglianze nell'esposizione sono più ampie (maggiori PAR). Un ultimo aspetto da considerare per garantire la comparabilità tra fattori di rischio riguarda il riporto all'intera popolazione dei valori riportati dai singoli indicatori. Alcuni di essi sono stati, infatti, calcolati su sottogruppi di popolazione (ad esempio, le esposizioni ai rischi professionali sono state conteggiate sui cittadini attivi con età tra i 15 e i 64 anni) e le stime sui potenziali impatti richiedono dunque di essere riconteggiate sul totale dei piemontesi.

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.

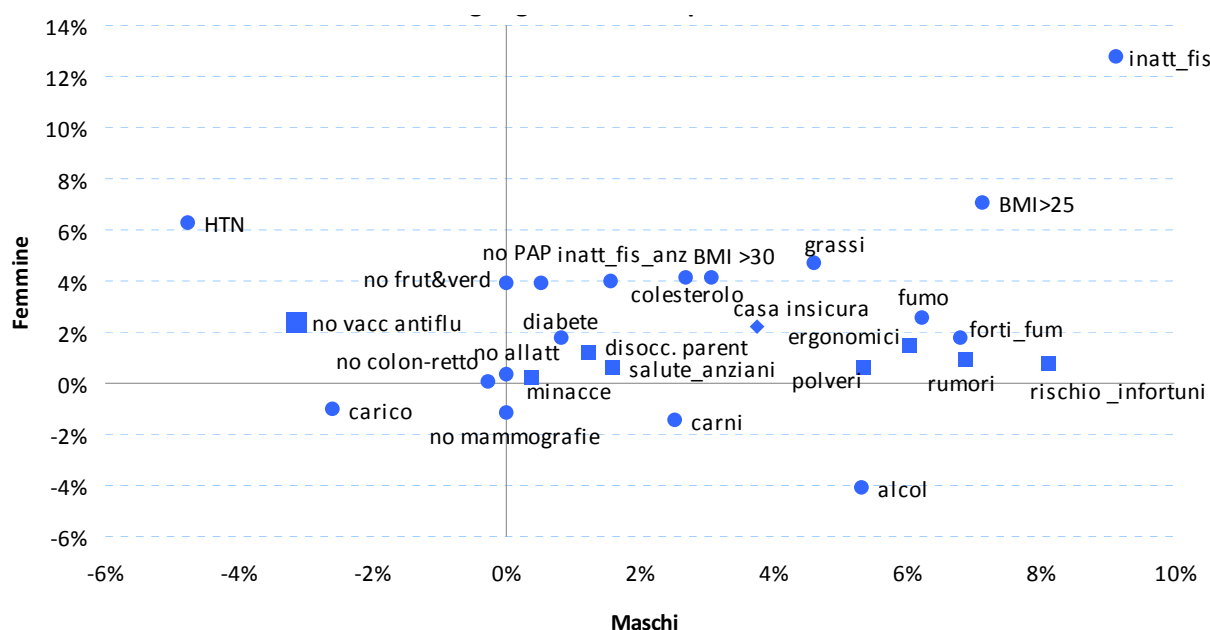


Figura 7. Riduzione % del numero di esposti (sul totale della popolazione) derivante dall'eliminazione delle disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio

Struttura, salute e bisogni della popolazione piemontese

Demografia	Piemonte		Italia	
	2007	2016	2007	2016
Struttura demografica				
Abitanti ¹	4.377.047	4.392.526	59.375.288	60.665.551
Età media ¹	45,1	46,4	42,9	44,7
Popolazione ≥ 65 anni (%) ²	22,7	24,9	20	22,2
Popolazione ≥ 85 anni (%) ²	2,6	3,8	2,3	3,4
Indice di vecchiaia (x 100) ²	180,7	195,6	142,2	163,4
Indice di dipendenza (x 100) ²	54,4	60,4	51,6	55,7
Età media forza lavoro (2005-2012) ^a	39,6	42,0	39,2	41,4
Fecondità				
Indice di fecondità (x 1.000 donne 15-49 anni) ²	39,4	35,9 (al 2015)	39,8	36 (al 2015)
Tasso di natalità ²	8,8	7,5	9,5	8
Numero medio di figli per donna ³	1,37	1,35	1,40	1,34
Dinamica di popolazione				
Numero di nati ¹	38.580	31.732	564.365	473.438
Numero di deceduti ²	47.943	50.984	572.881	615.261
Tasso di natalità ²	8,8	7,5	9,5	8
Tasso di mortalità (x 1.000) ³	11,0	11,6	9,8	10,1
Saldo migratorio totale (x 1.000) ³	+12,9	+1,7	+7,5	+1,1
Saldo migratorio con estero (x 1.000) ³	+12,5	+2,8	+7,5	+2,4
Stranieri residenti (x 100) ²	5,8	9,6	5,0	8,3

Caratteristiche sociali	2007	2016	2007	2016
Persone con almeno la licenza media superiore 25-64 anni (x 100) ¹	53,6	60,3	52,3	57,2
Tasso di disoccupazione (x 100) ²	4,2	9,4	6,1	11,7
Tasso di disoccupazione giovanile (x 100) ²	14,3	36	20,3	37,8
% famiglie in povertà relativa ¹	7	6	9,9	10,6
Densità abitativa (per 100 m ²) ⁵	2,5	2,3	2,7	2,4
Famiglie monocomponente (x 100) ²	30,3	32,7 (al 2015)	26,3	31,1 (al 2015)
Popolazione ≥ 65 anni che vive sola (x 100) ²	30,5	30 (al 2015)	27,1	28,7 (al 2015)
Occupati agricoltura (x 100) ⁴	3,5	3,4	4,0	3,9
Occupati servizi (x 100) ⁴	61,1	65,5	65,9	70,0
Occupati industria (x 100) ⁴	35,4	31,1	30,2	26,1
Indicatori generali stato di salute				
Tasso di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi) ¹	2,77	2,58 (al 2015)	3,29	2,90 (al 2015)
Speranza di vita alla nascita: uomini ²	78,5	80,5	78,7	80,6
Speranza di vita alla nascita: donne ²	84,1	84,9	84	85
Speranza di vita a 65 anni: uomini ²	17,7	18,9	17,9	19,1
Speranza di vita a 65 anni: donne ²	21,6	22,2	21,6	22,3
Speranza di vita in buona salute alla nascita uomini ²	58,3 (al 2009)	61,3 (al 2012)	57,7 (al 2009)	59,8 (al 2012)
Speranza di vita in buona salute alla nascita donne ²	55,3 (al 2009)	57,8 (al 2012)	55,1 (al 2009)	57,3 (al 2012)
Speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni uomini ²	14,8 (al 2005)	16,4 (al 2013)	14,9 (al 2005)	15,8 (al 2013)
Speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni donne ²	16,5 (al 2005)	17,8 (al 2013)	16,1 (al 2005)	16,4 (al 2013)
Tasso di persone in cattiva salute (x 100 std) uomini > 14 anni ²	4,6 (al 2005)	4,3 (al 2013)	5,6 (al 2005)	5,6 (al 2013)
Tasso std di persone in cattiva salute (x 100) donne > 14 anni ²	6,5 (al 2005)	6,4 (al 2013)	5,9 (al 2005)	7,5 (al 2013)
Tasso std di persone con almeno una malattia cronica grave (x 100) uomini ²	12,5 (al 2005)	13 (al 2013)	14,2 (al 2005)	14,7 (al 2013)
Tasso std di persone con almeno una malattia cronica grave (x 100) donne ²	10,3 (al 2005)	12,6 (al 2013)	11,9 (al 2005)	12,8 (al 2013)

Indice di salute fisica uomini (2005-2013) ^a	51,1	52,1	50,6	51,5
Indice di salute fisica donne (2005-2013) ^a	49,9	50,6	49,2	50,0
Indice di salute psicologica uomini (2005-2013) ^a	50,6	50,1	50,8	50,0
Indice di salute psicologica donne (2005-2013) ^a	48,1	47,8	48,4	47,9
Indice di salute mentale uomini (2005-2013) ^a	74,3	72,6	74,2	72,3
Indice di salute mentale donne (2005-2013) ^a	69,1	67,9	69,5	68,3
Tassi standardizzati di mortalità per 10.000				
Uomini				
Tutte le cause ¹	130,0	115,3 (al 2015)	125,3	112,2 (al 2015)
Malattie infettive ¹	2,0	2,9 (al 2015)	1,7	2,6 (al 2015)
Tumori ¹	41,6	35,6 (al 2015)	39,9	34,2 (al 2015)
Malattie sistema circolatorio ¹	48,2	39,3 (al 2015)	46,7	39,2 (al 2015)
Malattie apparato respiratorio ¹	11,7	11,1 (al 2015)	10,6	9,8 (al 2015)
Malattie apparato digerente ¹	3,2	2,9 (al 2015)	4,9	4,0 (al 2015)
Cause accidentali ¹	6,1	4,9 (al 2015)	5,7	4,8 (al 2015)
Cause fumo-correlate ⁶	12,1 (2006-2007)	10,5 (2011-2013)	f	f
Cause alcool-correlate ⁶	2,2 (2006-2007)	1,7 (2011-2013)	f	f
Cause evitabili con prevenzione primaria ⁷	12,2 (2006-2007)	10,3 (2011-2013)	f	f
Cause evitabili con prevenzione secondaria (diagnosi precoce) ⁷	1,7 (2006-2007)	1,6 (2011-2013)	f	f

^a Elaborazione del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat Indagini sulla salute 2005 e 2013.

^f Aggregazione di cause di morte non disponibile per il livello nazionale.

Donne

Tutte le cause ¹	78,9	75,8 (al 2015)	79,6	74,6 (al 2015)
Malattie infettive ¹	1,1	2,07 (al 2015)	1,03	1,87 (al 2015)
Tumori ¹	22	20,46 (al 2015)	21,21	19,7 (al 2015)
Malattie sistema circolatorio ¹	32,45	27,76 (al 2015)	33,79	28,33 (al 2015)
Malattie apparato respiratorio ¹	4,84	5,36 (al 2015)	4,39	4,86 (al 2015)
Malattie apparato digerente ¹	2,47	2,16 (al 2015)	3,19	2,65 (al 2015)
Cause accidentali ¹	2,45	2,06 (al 2015)	2,66	2,26 (al 2015)
Cause fumo-correlate ⁶	3,3 (2006-2007)	3,0 (2011-2013)	f	f
Cause alcool-correlate ⁶	0,7 (2006-2007)	0,6 (2011-2013)	f	f
Cause evitabili con prevenzione primaria ⁷	3,2 (2006-2007)	3,0 (2011-2013)	f	f
Cause evitabili con prevenzione secondaria (diagnosi precoce) ⁷	3,4 (2006-2007)	3,1 (2011-2013)	f	f

Stili di vita	2008	2013-2016	2008	2013-2016
Fumo				
Fumatori 18-69 anni (x 100) ⁸	28,8	24,2	29,9	26,4
Ex fumatori 18-69 anni (x 100) ⁸	21,1	18,2	19,5	17,9
Fumatori 18-69 anni che hanno cercato di smettere nell'ultimo anno (x 100) ⁸	39,8	36,7	37,2	36,6
Persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici (x 100) ⁸	93,1	95,7	87,2	90,7
Persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi di lavoro (x100) ⁸	90,9	94,8	87,1	92,6
Alcol				
Persone 18-69 anni che consumano alcol (x 100) ⁸	62,0	56,4	59,3	55,1
Persone 18-69 anni con consumo di alcol abituale elevato (x 100) ⁸	6,0	5,5	5,4	3,4
Persone 18-69 anni con consumo di alcol prevalentemente fuori pasto (x 100) ⁸	8,6	8,1	8,2	8,1
Persone 18-69 anni con consumo "binge" (x 100) ⁸	g	8,9	g	8,9
Persone 18-69 anni con consumo a rischio (x 100) ⁸	g	19,1	g	16,9
Persone 18-69 anni con guida sotto l'effetto dell'alcol (x 100) ⁸	11,3	8,3	8,7	7,7

^g Non confrontabile con 2013-2016 per definizioni differenti delle soglie di consumo.

Sovrappeso e obesità

Bambini 8-9 anni in sovrappeso (x 100) ⁹	19,5	18,4 (al 2016)	23,1	21,3 (al 2016)
Bambini 8-9 anni obesi (x 100) ⁹	7,8	6,0 (al 2016)	11,5	9,3 (al 2016)
Persone 18-69 anni in sovrappeso (BMI tra 25 e 29,9) (x 100) ⁸	29,5	28,4	31,6	31,7
Persone 18-69 anni obese (BMI ≥ 30) (x 100) ⁸	9,1	8,0	10,3	10,5

Attività fisica

Persone che non praticano sport ≥ 3 anni (x 100) ¹⁰	29,9	32,6 (al 2016)	40,2	39,2 (al 2016)
Persone 18-69 anni sedentarie (x 100) ⁸	27,2	33,4	29,4	32,5
Persone 18-69 anni attive (x 100) ⁸	33,8	31,2	32,5	32,3

-
- Fonte: ISTAT - <http://dati.istat.it/> (ultimo accesso giugno 2018).
 - Fonte: ISTAT - Health for All - Versione dicembre 2017 - www.istat.it/it/archivio/14562 (ultimo accesso giugno 2018).
 - Fonte: ISTAT - Demografia in cifre - <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso giugno 2018).
 - Fonte: Osservatorio Regionale Mercato del Lavoro - <http://www.regione.piemonte.it/lavoro/osservatorio/quadro.htm> (ultimo accesso giugno 2018).
 - Fonte: Censimenti della popolazione e delle abitazioni 2001 e 2011 - <http://dawinci.istat.it/jsp/MD/dawinciMD.jsp> e <http://dati-censimentopopolazione.istat.it/> (ultimo accesso giugno 2018).
 - Elaborazione Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat. La mortalità in Piemonte nel 2011-2013. 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://nccd.cdc.gov/dph_ardi/Info/ICDCodes.aspx [ultimo accesso giugno 2018] e About ARDI. *Alcohol-attributable fractions report*. https://nccd.cdc.gov/DPH_ARDI/Help/aafractions.aspx [ultimo accesso giugno 2018]); 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.
 - Elaborazione Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat. La mortalità in Piemonte nel 2011-2013. 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. www.e-r-a.it/ (ultimo accesso giugno 2018).
 - Fonte: indagine Passi. www.epicentro.iss.it/passi/ (ultimo accesso giugno 2018).
 - Fonte: indagine Okkio alla salute. www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016.asp (ultimo accesso giugno 2018).
 - Fonte: ISTAT - <http://dati.istat.it/> - Sezione Vita quotidiana e opinione dei cittadini.

PROGRAMMI DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2015-2019

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
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili	OC 1.3 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	OSR 1.1 (OC 1.3/3.1/4.1) Consolidare, attivare e valorizzare le <i>alleanze</i> a livello centrale e territoriale utili alla programmazione congiunta e alla coprogettazione	Indicatore OSR 1.1 N. di alleanze attivate a livello centrale o territoriale	Standard OSR 1.1 Almeno una alleanza a livello centrale o territoriale
	OC 1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	OSR 1.2 (OC 1.3/3.1/4.1/5.3/6.3) 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)	Indicatore OSR 1.2 N. di iniziative o progetti formativi realizzati a livello regionale o locale	Standard OSR 1.2 Almeno due iniziative o progetti formativi regionali o locali all'anno
	OC 1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	OSR 1.3 (OC 1.3/1.7/1.9/3.1/4.1/5.3/6.3) 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	Indicatore OSR 1.3 % di ASL con catalogo contenente un progetto di BP per ogni tema definito	Standard OSR 1.3 100% delle ASL
MO 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	OC 3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	OSR 1.3A (OC 3.1) Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica sul corretto <i>rapporto uomo/animale</i> anche ai fini della prevenzione del fenomeno del randagismo	Indicatore OSR 1.3A Predisposizione e realizzazione di un piano di informazione/ comunicazione rivolto alla popolazione scolastica target	Standard OSR 1.3A Almeno una iniziativa regionale o locale all'anno
MO 4 Prevenire le dipendenze (sostanze e comportamenti)	OC 4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	OSR 1.4 (OC 1.3/3.1/4.1) <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	Indicatore OSR 1.4 N. di strumenti di programmazione, con identificazione di priorità, elaborati e diffusi	Standard OSR 1.4 Almeno 4 strumenti (linee guida,...)
MO 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	OC 5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	OSR 1.5 (OC 3.2) Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	Indicatore OSR 1.5 N. incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	Standard OSR 1.5 Almeno 1 incontro / anno
MO 6 Prevenire incidenti domestici	OC 6.3 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			

Quadro strategico, profilo di salute e trend dei fenomeni

Quadro normativo di riferimento: Deliberazione della Giunta Regionale n. 18-1216 del 23 marzo 2015 (BU n. 12, S1 del 26/03/2015). Deliberazione della Giunta Regionale n. 73-6265 del 22/12/2017 (BU n. 05 del 1/02/2018).

Sinergie con altri programmi del PRP 2014-2018: Comunità e ambienti di vita; Lavoro e salute; Ambiente 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; 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 21,3% dei bambini è risultato in sovrappeso e il 9,3% obeso (OKkio alla Salute 2016). 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** (OKkio alla Salute 2016 Regione Piemonte) dicono che nella **popolazione in età scolastica**:

- Il 6% dei bambini è obeso, il 18,4% sovrappeso, il 74,4% normopeso e l'1,2% sottopeso;
- il 46% delle madri di bambini sovrappeso e l'8% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio figlio abbia un peso giusto;
- il 60% dei bambini fa una colazione adeguata e il 56% una merenda adeguata;
- il 41% dei bambini mangia frutta 2/3 volte al giorno e il 36% una volta al giorno;
- il 33% dei bambini consuma verdura 2/3 volte al giorno, il 31% una porzione al giorno;
- il 23% dei bambini consuma una bevanda zuccherata al giorno e il 10% 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 22% delle madri di bambini sovrappeso e il 55% 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 1 bambino su 3 (31%) fa almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni a settimana, mentre solo il 2% 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 l'8% molta attività fisica.

Il 27% dei bambini trascorre davanti alla TV/videogiochi dalle 3 alle 4 ore al giorno e il 6% almeno 5 ore.

La situazione non migliora tra i più grandi, così come risulta dai dati della **sorveglianza HBSC 2014** 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 30,7% non fa mai colazione e il 14,3% 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 diverse fasce di età.

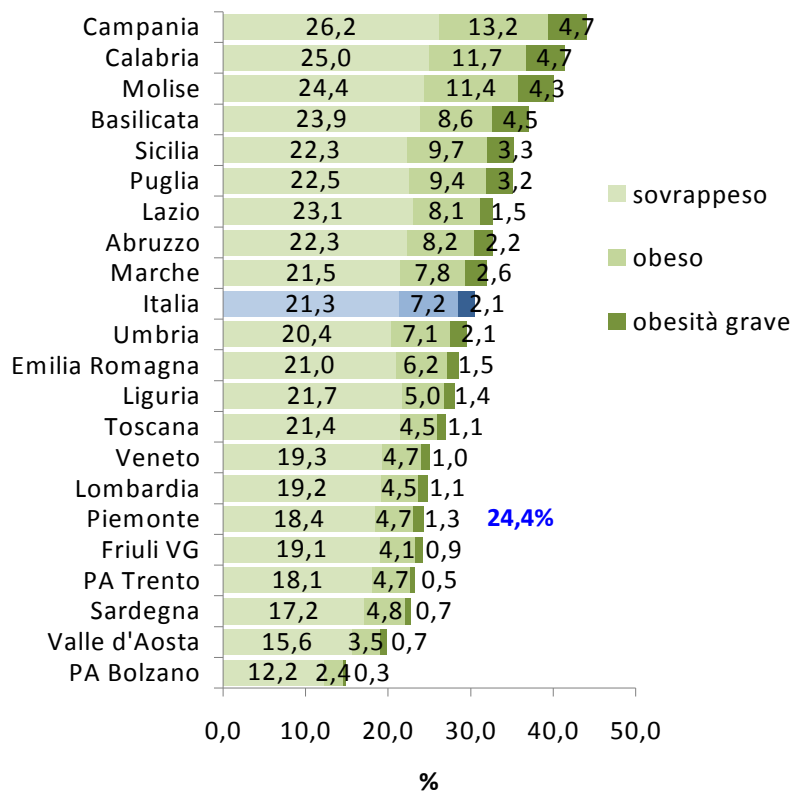


Figura 1. Sovrappeso/obesità per Regione (bambini di 8-9 anni). OKkio alla SALUTE 2016

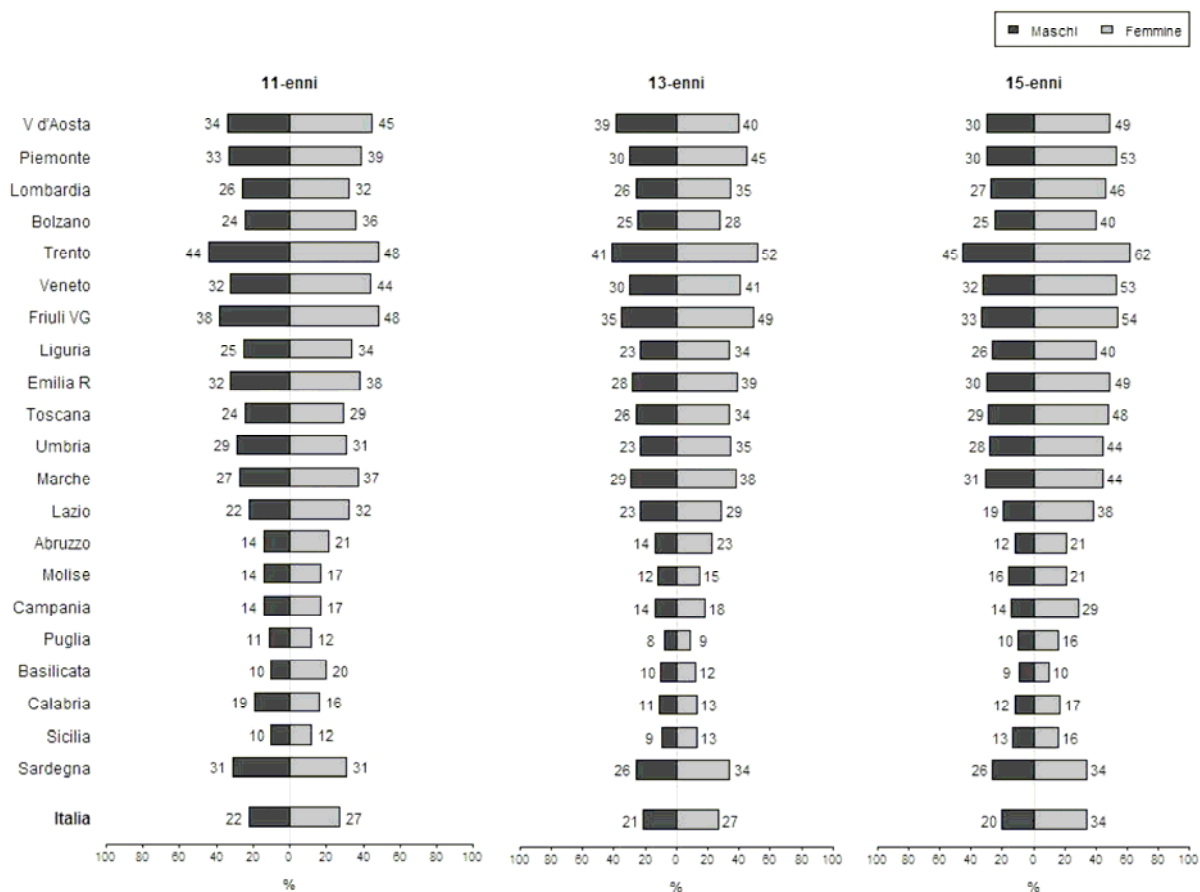


Figura 2. Consumo di verdura: almeno 1 volta al giorno. HBSC 2014

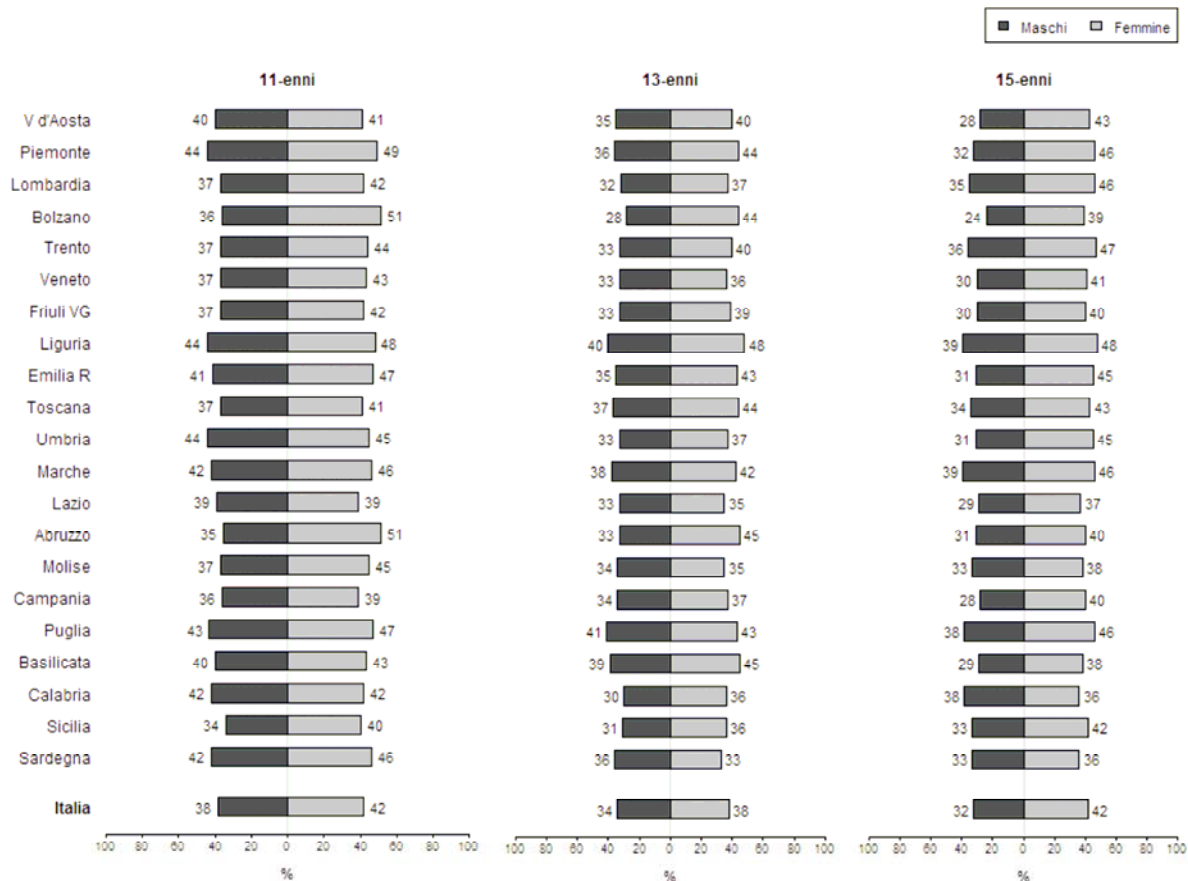


Figura 3. Consumo di frutta: almeno 1 volta al giorno. HBSC 2014

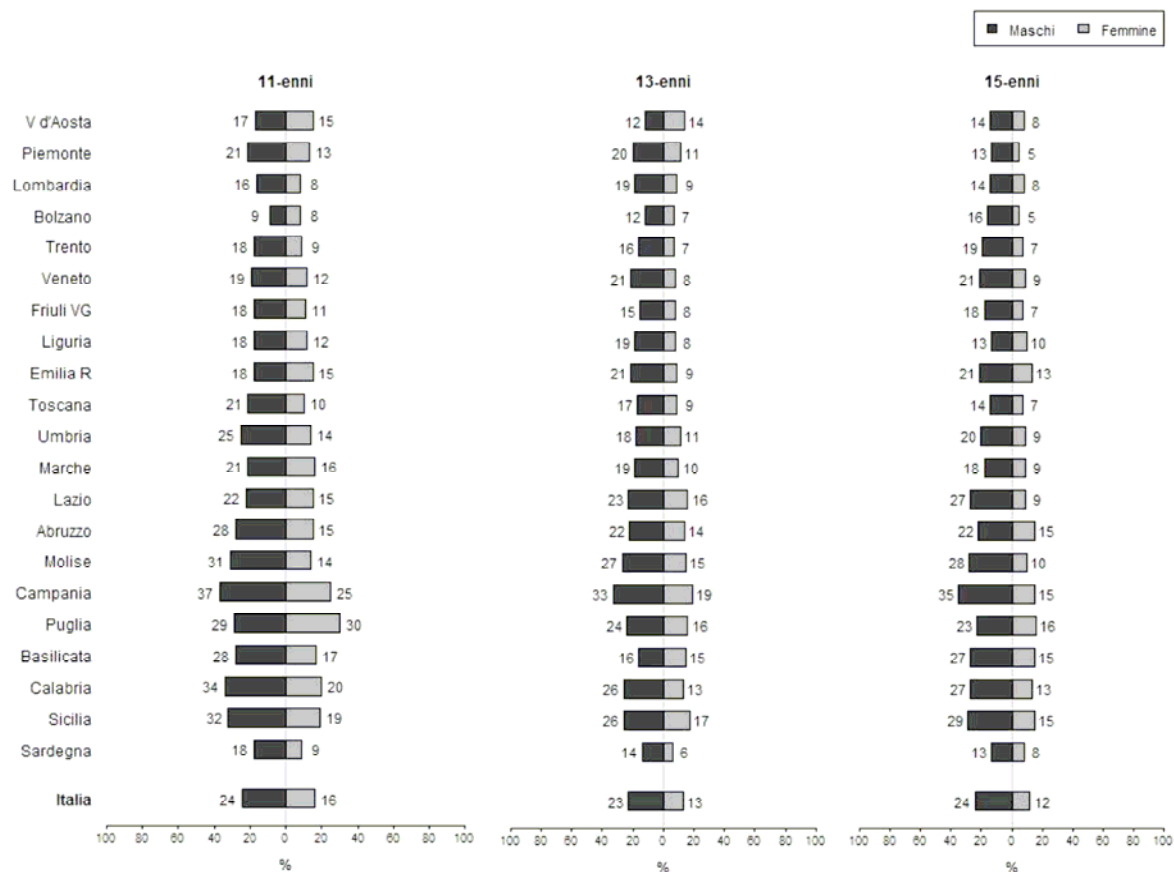


Figura 4. Percentuale di ragazzi sovrappeso e obesi. HBSC 2014

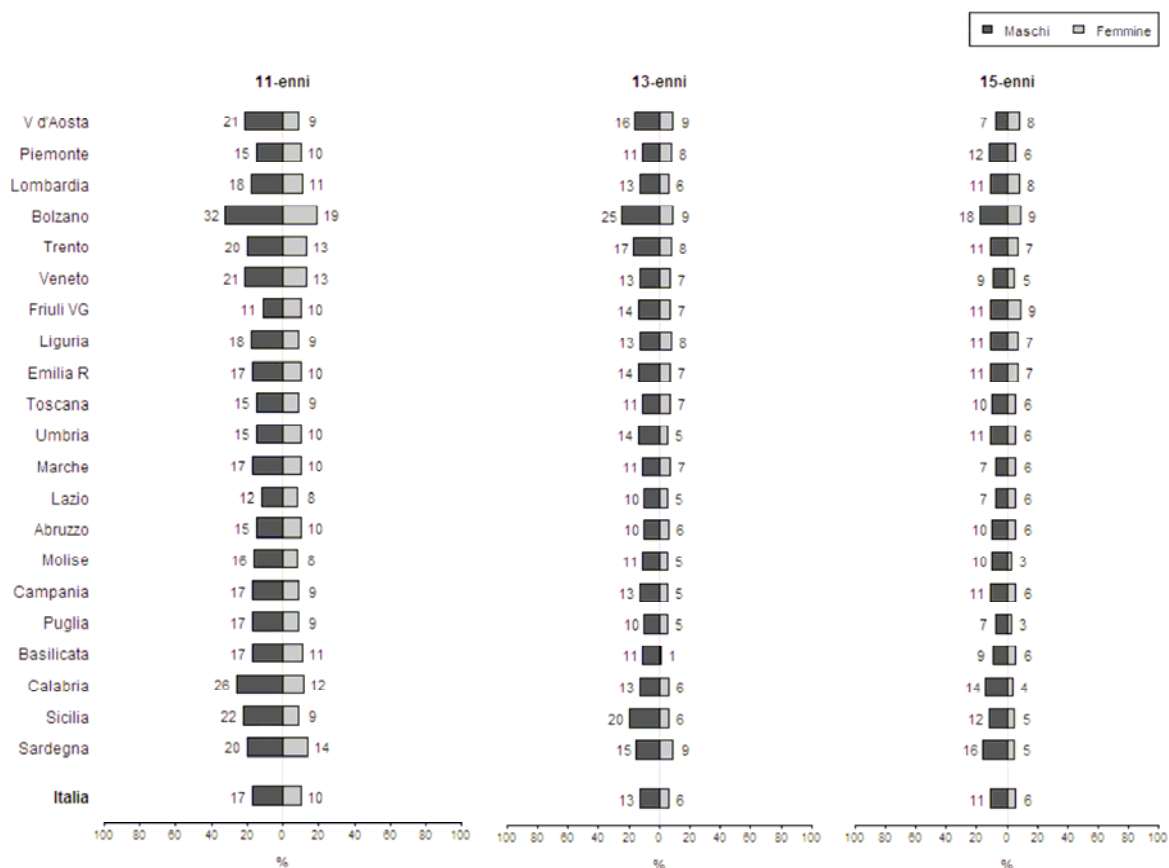


Figura 5. Attività fisica: almeno 1 ora al giorno tutti i giorni. HBSC 2014

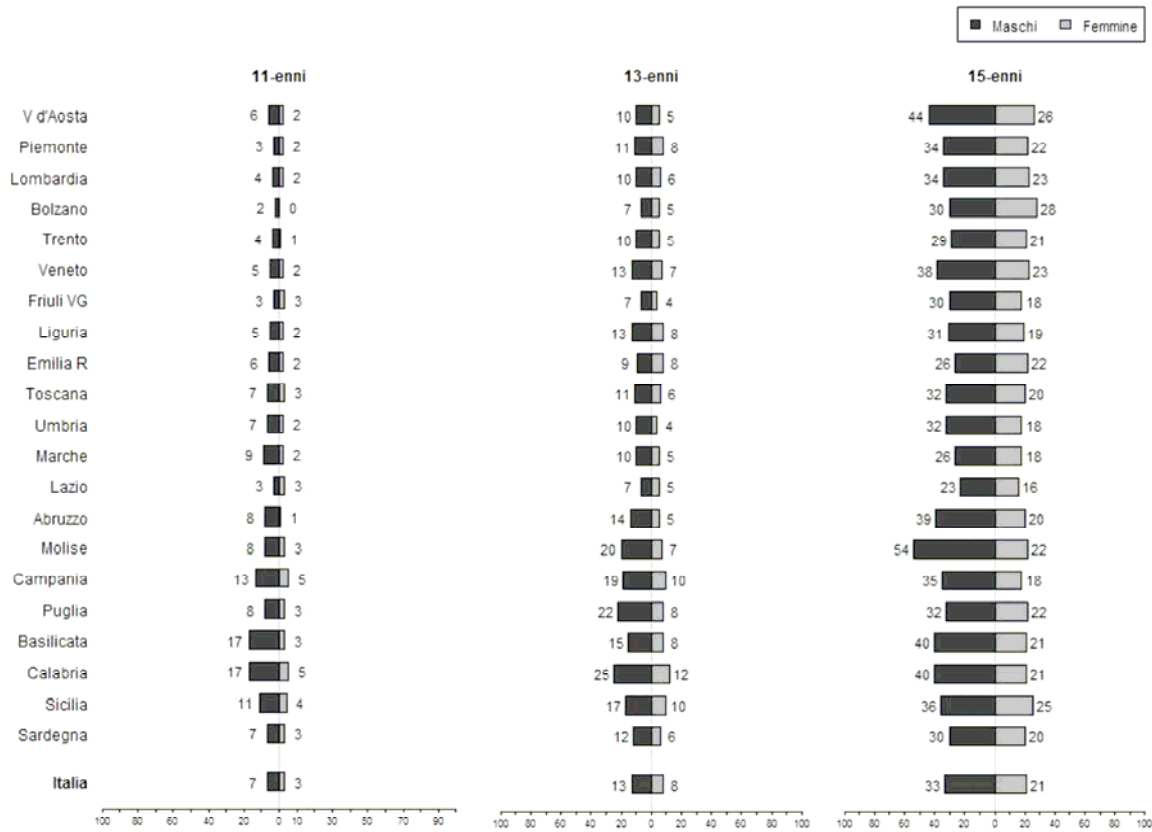


Figura 6. Consumo di alcol ogni giorno o almeno 1 volta a settimana. HBSC 2014

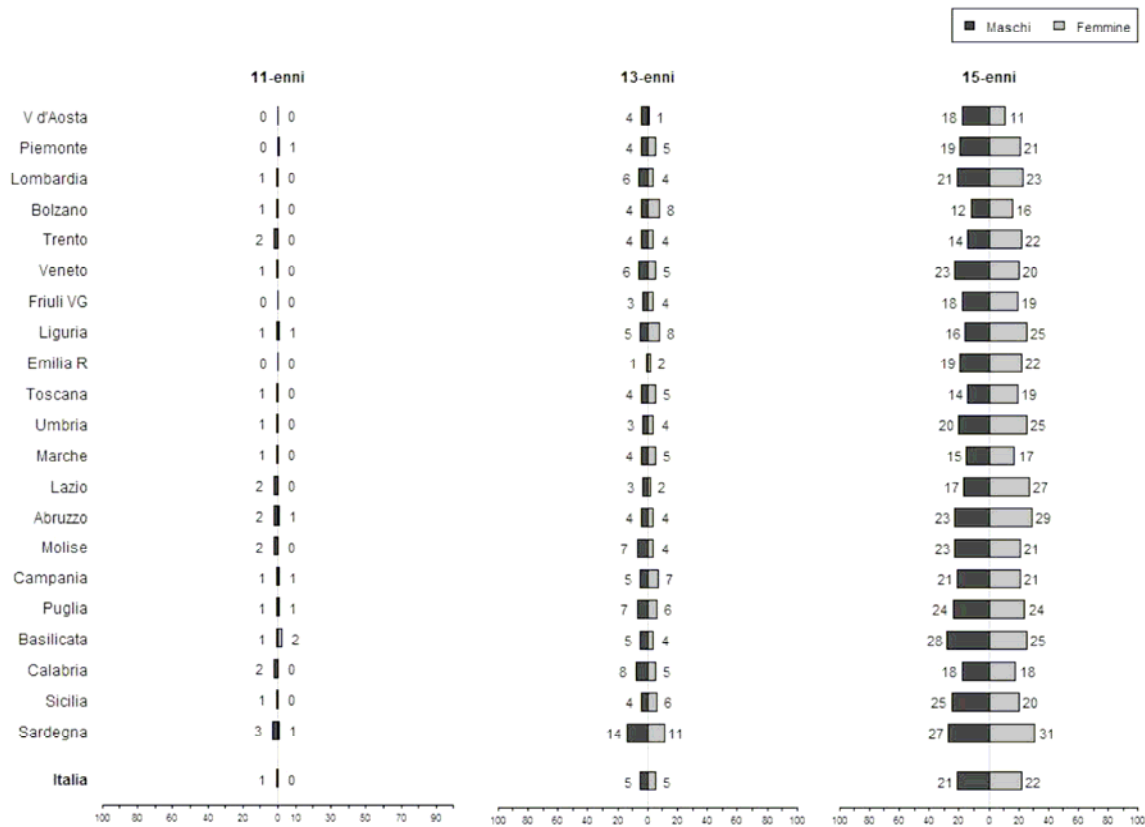


Figura 7. Abitudine al fumo: fumo ogni giorno o almeno 1 volta alla settimana. HBSC 2014

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 il 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'**Ifc-Cnr 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.

Azioni previste nel periodo

Obiettivi e attività del programma in continuità con il precedente PRP

In una stabile e produttiva politica di promozione della salute nel setting scolastico, l'elemento decisivo è rappresentato da una solida strategia integrata tra le politiche pubbliche dell'istruzione e della sanità. La Regione Piemonte, Assessorati all'Istruzione e Sanità, e l'Ufficio Scolastico Regionale cooperano a tal fine grazie ad un Protocollo d'Intesa rinnovato nel 2017 per la quarta volta.

Dal punto di vista operativo sono state riviste e rinnovate fino al 2020 le linee guida "Scuole che promuovono salute", che rappresentano un orientamento per la redazione di Piani di lavoro, dei Piani dell'Offerta formativa delle Scuole e della Programmazione locale per i referenti delle Aziende Sanitarie Locali.

Le ASL del Piemonte, con la rete dei referenti per la promozione della salute, da anni lavorano per proporre alle scuole progetti omogenei di interventi su tematiche di salute considerate prioritarie, garantendo prodotti validati a livello nazionale e in alcuni casi internazionale, sui quali gli operatori hanno anche ricevuto una formazione accreditata. È da considerarsi elemento positivo, e consolidato, lo sviluppo del processo omogeneo di offerta di interventi di "buone pratiche" da parte delle ASL sul territorio regionale, processo che avviene attraverso un catalogo di azioni e offerte formative per le scuole che riesce a coniugare le esigenze di questo Programma con gli obiettivi ricompresi nell'insegnamento di "Cittadinanza e costituzione", in particolare per quanto riguarda le competenze trasversali per la salute (*life skills*).

Nel corso del biennio 2018/2019 il rinnovato Protocollo permette di consolidare i processi virtuosi in corso allo scopo di mantenere e migliorare:

- gli standard previsti in tema di formazione congiunta,
- i risultati prodotti in tema di disseminazione e di adozione di buone pratiche,
- l'attivazione di azioni sui temi considerati prioritari individuati dalla Linee Guida.

Per quanto riguarda gli indicatori di processo, allo scopo di ottenere un dato regionale efficace e omogeneo, nella rimodulazione 2018 è stato ridefinito il significato di "scuola" quando questa rappresenta l'unità di misura degli indicatori stessi (azioni 1.3.1 e 1.4.1): pertanto, in tale sede il termine "scuola" viene modificato in "Istituto", termine che ricomprende gli Istituti Comprensivi, i Circoli Didattici, gli Istituti Superiori ovvero i soggetti che rappresentano le autonomie scolastiche e fanno capo ad una dirigenza.

Sono stati individuati due nuovi indicatori sentinella:

- il monitoraggio, attraverso appositi report annuali, del lavoro svolto dal GTR che darà conto delle attività svolte e sarà diffuso tramite i canali istituzionali della sanità e della scuola (azione 1.1.1);
- l'attuazione di giornate di formazione congiunta (azione 1.2.1).

Obiettivi e azioni che si svilupperanno con il PRP 2015-2019 tengono in considerazione e proseguono quanto sviluppato nel periodo 2010-2014.

Sintesi complessiva delle azioni previste

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. 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.

Tutte le ASL si sono dotate 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: Dipartimento Materno-Infantile, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, Dipartimento Salute Mentale, Servizi di Psicologia, 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.

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 Salute¹.

Proseguono le attività del gruppo tecnico regionale (GTR), la diffusione delle linee guida a tutte le scuole del territorio regionale e l'implementazione della rete regionale SHE. In particolare le scuole potranno essere sostenute a definire e attivare le rispettive policy 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 utili². Le scuole dovranno 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.

Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati

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.

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

¹ www.dors.it/tema.php?idtema=37

² www.reteshepiemonte.it/

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.

Data l'importanza strategica del setting scolastico, dettata dalle tempistiche di intervento precoci e dalla trasversalità degli obiettivi, nell'ambito dell'azione 10.3.1 è stato realizzato in Piemonte un Health Equity Audit (HEA) con rappresentanti del mondo della scuola utilizzando un approccio complessivo di setting che facilita lo sviluppo di scuole che promuovono salute (*whole-school approach*). L'occasione di confronto e formazione ha permesso l'apprendimento del concetto che la "vulnerabilità", già citata nelle policy di istituto, può essere intesa come meccanismo di generazione di diseguità. Nel 2018 si intende proseguire l'attività creando strumenti per la formazione (anche on line) sulle disuguaglianze di salute lavorando sulla condivisione di significati e linguaggi, al fine di accrescere le capacità di operatori e insegnanti piemontesi di leggere e interpretare i bisogni di salute e di prevenzione dei differenti gruppi sociali e di impostare adeguati interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute, adattando il modello di policy di salute scolastica al tema dell'equità di salute. Nel 2019 si intende sviluppare il concetto di "posizione sociale" scolastica che favorisca anche lo studio di correlazioni attraverso indicatori relativi a fattori setting-specifici e sperimentare in un contesto scolastico l'attuazione di una policy attenta alle disuguaglianze.

Azione 1.1.1 Consolidamento dell'alleanza scuola/sanità per le Scuole che promuovono Salute	Obiettivo dell'azione Coinvolgere tutti gli attori interessati in un percorso di alleanza.	OSR cui si riferisce OSR 1.1. Consolidare, attivare e valorizzare le alleanze a livello centrale e territoriale utili alla programmazione congiunta e alla coprogettazione				
	Descrizione dell'azione L'alleanza scuola/sanità è garantita da un Protocollo d'Intesa , cornice normativa entro la quale interagiscono le Amministrazioni firmatarie (Assessorato alla Sanità e Assessorato all'Istruzione, Lavoro Formazione professionale della Regione Piemonte – Ufficio Scolastico Regionale) per la messa a punto di interventi di Promozione e di Educazione alla Salute, che mirano ad assicurare ai destinatari un maggior controllo sulla propria salute attraverso la promozione di stili di vita positivi e responsabili e la costruzione di ambienti favorevoli alla partecipazione attiva e all'inclusione di tutti e di ciascuno. L'organo tecnico che ne deriva è il Gruppo Tecnico Regionale paritetico “La scuola che promuove salute” (GTR) formato da cinque rappresentanti della Regione e cinque dell'Ufficio Scolastico Regionale, individuati dalle rispettive amministrazioni. Svolge un ruolo di raccordo interistituzionale e di strumento tecnico-operativo e progettuale anche attraverso l'adozione di Linee Guida concordate. Lo studio di fattibilità, condotto negli anni precedenti, relativo alla costituzione di una consulta a livello regionale ha evidenziato che non esistono ancora le condizioni per la sua attivazione. A livello territoriale/provinciale invece si valorizzeranno tutte le forme di consultazione allargata e integrata attualmente presenti in alcuni contesti e si favoriranno negli altri modalità simili. Il lavoro svolto dal GTR sarà monitorato attraverso almeno un report a periodicità annuale che dà conto delle attività svolte, diffuso tramite i canali istituzionali della sanità e della scuola. Su questa attività viene introdotto un indicatore sentinella per dare evidenza dell'attività del GTR. Per la diffusione dei temi prioritari di salute definiti nelle linee guida, dovrà essere realizzato in ogni ASL almeno un incontro ogni anno tra i referenti dell'ASL e i rappresentanti della scuola.					
	Livello a cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Funzionamento a regime degli accordi per una collaborazione interistituzionale	Almeno 2 incontri del GTR	Almeno 2 incontri del GTR	Almeno 2 incontri del GTR	Presenza di report di monitoraggio delle attività	Presenza di report di monitoraggio delle attività
	Presenza di regole condivise nella collaborazione interistituzionale	Redazione linee guida 2015-2016	-----	Redazione linee guida 2017-2018	Almeno 1 incontro per la diffusione delle linee guida 2017/2020 a livello centrale	Presenza di un documento di revisione delle Linee Guida
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	Almeno 2 incontri dei gruppi congiunti costituiti a livello locale	
Diffusione dei temi prioritari di salute definiti nelle linee guida	-----	-----	-----	Almeno 1 incontro in ogni ASL tra operatori sanitari e della scuola	Almeno 1 incontro in ogni ASL tra operatori sanitari e della scuola	

Azione 1.2.1 Consolidamento e sviluppo di una formazione congiunta	Obiettivo dell'azione Condividere i criteri per la definizione di Scuola che promuove salute e implementare le attività attraverso una formazione congiunta.			OSR cui si riferisce OSR 1.2. 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)		
	Descrizione dell'azione Il <i>Gruppo Tecnico regionale</i> denominato “La scuola che promuove salute” definisce e valida i criteri per la promozione della salute nella scuola; definisce percorsi di formazione congiunta, a sostegno del percorso, con approfondimenti su temi e azioni prioritarie, con una attenzione particolare a implementare e/o costruire strumenti per consentire un monitoraggio di quanto avviene sul territorio delle diverse ASL. <i>I gruppi tecnici territoriali</i> nelle singole realtà assumono le indicazioni regionali e le trasformano in azioni coerenti con quanto già presente sul proprio territorio; sostengono e consolidano le azioni formative locali e regionali (percorso dei profili di salute della scuola, costruzione delle policy integrate, media education, gambling, ecc.); monitorano l’andamento dei programmi di promozione degli stili di vita sani nelle scuole del territorio e valutano i risultati raggiunti anche avvalendosi dei dati locali ricavati dalle sorveglianze OKkio alla Salute e HBSC.					
	Livello a cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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	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	-----	-----
Indicatore sentinella: N. giornate di formazione regionale congiunta	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue	Almeno 4 giornate annue	Almeno 4 giornate annue	
N. giornate di formazione locale	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue	

Azione 1.3.1 Il Catalogo: promozione e disseminazione di Buone Pratiche (BP)	Obiettivo dell'azione 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	OSR cui si riferisce OSR 1.3. 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 OSR 1.3.A. Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica sul corretto rapporto uomo/animale anche ai fini della prevenzione del fenomeno del randagismo				
	Descrizione dell'azione Il lavoro di promozione e disseminazione di buone pratiche avviene attraverso la formalizzazione in ciascuna ASL di un Catalogo la cui costruzione è coordinata dai Referenti per la promozione della salute delle ASL in collaborazione con i Servizi Territoriali che lavorano con le scuole. Il Catalogo rispecchia le scelte prioritarie contenute nelle Linee Guida definite dal Protocollo d'Intesa; è basato sulle migliori prove di efficacia disponibili; viene periodicamente revisionato sulla base di nuovi input regionali o specifiche richieste delle scuole; è 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); è inviato direttamente ai dirigenti scolastici e agli insegnanti o presentato in un incontro specifico. Il Catalogo contiene inoltre l'offerta di una formazione aperta a decisori politici e altri attori del territorio. 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. Naturalmente bisognerà valutare la loro sostenibilità nello specifico territorio e, oltre a monitorare le singole iniziative, valorizzarle nelle sedi opportune. I progetti presentati sui cataloghi devono essere inseriti sulla banca dati ProSa ai fini della rendicontazione; tale banca dati, sulla base di un progetto nazionale CCM, prevede anche una nuova interfaccia maggiormente intelligibile e utilizzabile dalla scuola. Nel 2018 verrà predisposto un documento di illustrazione della specificità del setting scuola e quindi delle necessità di modifica alla banca dati. Nel 2019 sarà resa disponibile l'interfaccia e ne sarà valutato il gradimento da parte degli utilizzatori. È in previsione lo sviluppo di un format regionale per la costruzione dei cataloghi locali, che indichi i criteri di efficacia, sostenibilità e offerta omogenea sul territorio di alcuni progetti validati a livello centrale da un gruppo di lavoro appositamente costituito. L'indicatore sentinella fa riferimento agli istituti (e non alle "scuole" come in precedenza), intendendo per istituti: Istituti Comprensivi, Circoli Didattici, Istituti Superiori.					
	Livello a cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Presenza di interfaccia di Prosa /BP specifica per il setting scuola	-----	-----	-----	Presenza di documento di analisi della specificità della scuola	Presenza dell'interfaccia specifica
	Format regionale di catalogo	-----	-----	-----	Documento di studio di fattibilità	Presenza di format regionale per la costruzione di cataloghi locali
	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	1 catalogo per ogni ASL
	Indicatore sentinella: Numero di Istituti che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/numero di Istituti a cui è stato inviato o presentato il catalogo	almeno 10%	almeno 20%	almeno 40%	almeno 60%	almeno 60%
Gradimento interfaccia di Prosa /BP specifica per il setting scuola	-----	-----	-----	-----	Rilevazione effettuata	

Azione 1.4.1 Programmazione annuale delle azioni prioritarie in coprogettazione	Obiettivo dell'azione Individuare le azioni prioritarie che le scuole dovranno attivare nell'anno scolastico.		OSR cui si riferisce OSR 1.4. 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			
	Descrizione dell'azione Le azioni da svolgere nelle scuole, sempre definite per ogni territorio in coprogettazione, rispondono ai diversi bisogni a livello regionale e/o locale ma soprattutto fanno 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; per il biennio 2018-2019 è stato individuato il tema dei cosiddetti "Nuovi media" che include le attività con le istituzioni scolastiche previste dall'azione 7.12.1. Il Protocollo d'Intesa, rinnovato nel 2017, prevede per le Linee Guida la stessa durata temporale del Protocollo medesimo ovvero 2017-2020. Annualmente verrà verificata, da parte del GTR, l'adeguatezza delle attività previste e l'eventuale inserimento di nuove tematiche. Data la modifica della definizione di "scuola", che diventa più ampia, risulta meno significativa l'individuazione delle classi target: l'indicatore viene pertanto modificato inserendo a denominatore e numeratore il numero degli istituti che attivano azioni sui temi previsti dalle Linee Guida.					
	Livello a cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Presenza delle linee guida con indicazione di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano	Sì/No	Sì/No	Sì/No	-----	-----
	Presenza di un progetto pilota su tema prioritario (es.: nuovi media e cyber-bullismo)	-----	-----	-----	Presenza di un documento di ricognizione degli interventi ASL e raccomandazioni di fattibilità	Costruzione di un progetto pilota e sperimentazione
	N. istituti che hanno attivato azioni su temi prioritari /n. totale Istituti del territorio	Almeno il 20%	Almeno il 40%	Almeno il 60%	Almeno l'80%	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
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili	OC 1.2 Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	OSR 2.1 (OC 1.2, 1.3, 1.9, 6.1 6.2) 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	Indicatore OSR 2.1 N. di azioni o di politiche che tengono conto delle raccomandazioni	Standard OSR 2.1 Almeno 1 azione o 1 politica a livello regionale o locale
	OC 1.3 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	OSR 2.2 (OC 1.2, 1.3, 1.7, 1.8, 6.1) Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte	Indicatore OSR 2.2 N. di strumenti di comunicazione elaborati e diffusi	Standard OSR 2.2 Almeno 4 strumenti
	OC 1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura OC 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio OC 1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale OC 1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	OSR 2.3 (OC 1.8) Aumentare la disponibilità di alimenti a ridotto contenuto di sale e l'informazione al consumatore (Progetto regionale "Con meno sale la salute sale")	Indicatore OSR 2.3 Attuazione del progetto	Standard OSR 2.3 Realizzazione del progetto in tutte le ASL
MO 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	OC 3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	OSR 2.4 (OC 1.6, 3.1, 4.1, 5.3) Sviluppare iniziative e progetti di empowerment	Indicatore OSR 2.4 N. di iniziative o progetti realizzati a livello regionale o locale	Standard OSR 2.4 Almeno 8 iniziative o progetti regionali o locali
MO 4 Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	OC 4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui			
MO 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	OC 5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida			
MO 6 Prevenire gli incidenti domestici	OC 6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero OC 6.2 Aumentare il livello di attività fisica negli ultra 64enni	OSR 2.5 (OC 1.9, 6.2) Incoraggiare la pratica dell'attività fisica nella popolazione adulta e anziana	Indicatore OSR 2.5. N. di walking programs che valutano l'aumento dei livelli di attività fisica	Standard OSR 2.5. Almeno 1 walking program nel 40% delle ASL
MO 10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	OC 10.8 Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione ed i relativi controlli sui canili e rifugi	OSR 2.6 (OC 10.8) Prevenire il randagismo, attraverso strategie d'informazione e comunicazione per la popolazione e attività di controllo su canili e rifugi	Indicatore OSR 2.6. Proporzione controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Standard OSR 2.6. 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 Sanità¹.

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 popolazione².

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 accompagnino 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-economico³. 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;

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

² www.who.int/mental_health/evidence/en/

³ 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 coinvolte⁴.

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 dei trend in discesa del numero di morti e feriti, stabilizzatisi dal 2010. Come conseguenza, il carico assistenziale ospedaliero correlato risulta sempre di particolare rilievo. Acquisiscono ulteriore rilevanza in ottica preventiva le fasce di utenti vulnerabili (pedoni, ciclisti, motociclisti).

Per quanto riguarda la prevenzione degli incidenti stradali e dei loro esiti, in Piemonte l'uso dei dispositivi di sicurezza stradali rimane più diffuso rispetto ai valori nazionali (dati Passi 2011-2014): oltre il 90% della popolazione tra 18 e 69 anni usa sempre la cintura anteriore ed il casco. Tuttavia, circa il 20% degli interessati non usa adeguatamente i dispositivi di sicurezza per bambini tra 0 e 6 anni; rimane inoltre gravemente insoddisfacente l'uso della cintura di sicurezza posteriore (la utilizza solo il 30% della popolazione tra 18 e 69 anni), con ampie differenze territoriali (range dal 17% 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 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

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

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.

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.

È comunque in netto miglioramento negli anni la prevalenza di coloro che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da parte di operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici: si è passati dal 5% del 2008 al 25% del 2017.

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.

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. Alla multiscopo salute del 2013, il 13% degli uomini e il 12,6% delle donne piemontesi riferiva almeno una patologia cronica grave; si tratta prevalenze comunque inferiori rispetto a quelle nazionali (rispettivamente 14,7 e 12,8). Anche nelle persone di 65 anni ed oltre, il Piemonte mantiene la condizione di vantaggio rispetto al dato nazionale: nel 2013 negli uomini 43,8% vs 48,3% dell'Italia; nelle donne 35,1% vs 41,1% dell'Italia.

Riguardo la percezione del proprio stato di salute, poco meno del 5% degli uomini e il 6,4% delle donne lo considera negativo (i valori nazionali sono rispettivamente 6,2% e 8,4%). Nel caso dell'indice di salute fisica il Piemonte presenta valori superiori alla media nazionale e in miglioramento. Meno favorevoli, invece, gli indici di salute psicologica e mentale, che registrano un leggero calo nel tempo, attestandosi per le donne su valori leggermente inferiori a quelli nazionali (*La salute in Piemonte nell'opinione dei suoi abitanti*, 2014).

Tra i problemi di salute mentale, quelli più diffusi sono le sindromi depressive. I problemi legati alla salute mentale sono da almeno un decennio argomento di attenzione ai vari livelli decisionali (Oms, Ue, a livello nazionale e locale) con l'attivazione di specifici programmi di sanità pubblica. Data la progressiva rilevanza del problema è importante porvi attenzione in ottica preventiva, per contrastarne le conseguenze e favorire l'accesso ai servizi (Tutela della salute e accesso alle cure, Istat 2014).

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 principali 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. 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 sulle pensioni (*Salute e invecchiamento attivo nella regione Piemonte. Indagine Passi d'Argento 2012*).

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 (dell'indagine Passi d'argento 2012), anche se si mantengono forti differenze tra quelle di partecipazione (34% ad attività sociali in una 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.

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 2017 al 57,8% a livello regionale, con divergenze sensibili a livello locale. L'analisi dei dati storici sull'indicatore in esame nel periodo 2006-2017 (tabella 1) palesa l'efficacia delle strategie messe in atto per il controllo del fenomeno nel lungo periodo. L'obiettivo raggiunto del consolidamento del risultato 2016 (57,67%) conferma una lenta ma progressiva crescita.

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
37,2%	39,4%	37,3%	39,2%	41,7%	45,7%	49,3%	54,4%	54,87%	56,58%	57,67%	57,80%

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

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.

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 PRP: 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 (azione 4.1.3; azione 4.4.1), Rete Città Sane, programma Genitori più, progetto Pensiamoci prima, Scuole che promuovono salute, EspertOver65.

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

Obiettivi e attività del programma in continuità con il precedente PRP

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 2015-2019 tengono in considerazione e proseguono quanto sviluppato con i PRP 2010-2014:

- 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.

Sintesi complessiva delle azioni previste

Le azioni previste nel programma per il 2015-2017 sono state in gran parte realizzate, tuttavia emergono difficoltà legate alla necessità di sviluppare alleanze con le comunità locali, cosa che può richiedere anche tempi medio-lunghi. Le maggiori criticità infatti sono concentrate su quelle azioni che prevedono la collaborazione e il lavoro coordinato tra soggetti con appartenenze e culture professionali molto differenti.

Emerge pertanto l'importanza del coordinamento a livello regionale da parte dei gruppi di lavoro per offrire a livello locale indicazioni specifiche per la realizzazioni di azioni mirate; molte azioni nel periodo 2015-2017 si sono svolte prevalentemente a livello regionale, per il biennio 2018-2019 sarà posta maggiore cura alla pianificazione dell'attività anche a livello locale.

Occorre estendere i risultati raggiunti che riguardano la diffusione di una cultura della salute nelle comunità e lo sviluppo di empowerment della popolazione. Le azioni pensate in questa direzione si svilupperanno come **consolidamento di collaborazioni** con le amministrazioni locali, con le associazioni di artigiani (dai tecnici impiantisti ai panificatori), con i gestori di locali pubblici, con i centri ricreativi per gli anziani e i luoghi del tempo libero e del divertimento, qui considerati sia come destinatari intermedi di specifiche formazioni sia come divulgatori privilegiati di informazioni su temi che vanno dall'incidentalità stradale e domestica, ai benefici dell'attività fisica e della riduzione del sale ecc.

Gli obiettivi che si intendono perseguire nel 2015-2019 si possono così sintetizzare:

- mantenere le attività in corso nell'ambito di **accordi quadro e 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 la promozione della salute nei primi mille giorni e le azioni di sostegno alla genitorialità consapevole** in coerenza con il programma nazionale Genitori Più 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.

I fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma sono rappresentati da:

- 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.

Azione 2.1.1 Linee guida per l'adozione della “Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica”	Obiettivi dell'azione Favorire l'adozione della Carta di Toronto attraverso l'elaborazione di Linee guida regionali, ricercando e studiando la trasferibilità delle esperienze locali e nazionali.		OSR cui si riferisce OSR 2.1. 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			
	Descrizione dell'azione Le attività di ricerca e scrittura delle Linee guida sono state 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 vita. Nel corso del 2018 le Linee guida saranno diffuse attraverso i siti e i canali istituzionali. Ogni ASL individuerà almeno un comune sensibile. Nel 2019 saranno organizzati in ogni ASL eventi per la diffusione presso i Comuni. Entro il 2019 si intende arruolare almeno un Comune in 4 ASL che adotta formalmente la Carta di Toronto.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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	Report sulle attività del gruppo	Report sulle attività del gruppo
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	Pubblicazione sul web (regionale e di ASL)	Eventi per la diffusione (almeno uno in ogni ASL)	
Numero di Comuni che adottano la Carta di Toronto	-----	-----	-----	Almeno un Comune	Almeno un Comune in almeno 4 ASL	

Azione 2.1.2 Primi 1.000 giorni: quali azioni, quali politiche Accorpa l'azione 4.1.2	Obiettivi dell'azione Sviluppare la strategia lifecourse degli interventi precoci di prevenzione e promozione della salute nei “primi mille giorni”.		OSR cui si riferisce OSR 2.1. 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 OSR 2.2. Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte OSR 2.4. Sviluppare iniziative e progetti di empowerment			
	Descrizione dell'azione Il gruppo di lavoro regionale “Genitori Più e interventi precoci” è stato costituito per sviluppare l'azione 2.1.2 a livello regionale e coordinare le azioni locali. La costituzione di tale gruppo di lavoro rispondeva alla necessità di attuare un’ottica di sviluppo di comunità, puntando a far convergere, sulla tematica degli interventi precoci, esperti provenienti da settori differenti della società, con un unico coordinamento (istruzione, politiche sociali, sanità, terzo settore). La composizione varia, considerata una ricchezza, tuttavia si è scontrata nella realtà con una forte discontinuità nella partecipazione, che ha ridotto o almeno costretto a modificare la programmazione delle attività previste. Gli obiettivi strategici regionali sono stati condivisi e si è operato nei fatti per il loro perseguimento, ma le azioni necessitano di una rivisitazione e gli indicatori necessitano di una nuova definizione temporale. La composizione del gruppo sarà rivisitata, per renderlo più operativo, individuando un gruppo ristretto responsabile del raggiungimento dell’Azione e del governo della rete intersettoriale, che realizzi nel corso dell’anno momenti partecipativi di condivisione, confronto e discussione con tutti i settori e i diversi attori coinvolti a vario titolo. L’obiettivo resta quello di sviluppare la strategia <i>lifecourse</i> degli interventi precoci di prevenzione e promozione della salute nei “primi mille giorni” di vita. Nello specifico, due ASL hanno predisposto una redazione di un “profilo di salute per i primi 1000 giorni”, ma non sono ancora stati approvati dal gruppo di lavoro e condivisi con le altre ASL; nel 2018 saranno presentati alle ASL i modelli sperimentali e sarà avviata la stesura dei profili in almeno altre 2 ASL, così come nel 2019. È stato predisposto e pubblicato sul sito e nella newsletter del Centro di Documentazione regionale DoRS uno strumento informativo conciso ed efficace per sensibilizzare decisori e stakeholders sull’importanza degli interventi precoci: <u>Prima infanzia e sviluppo in salute</u> (http://www.dors.it/page.php?idarticolo=2770); nel 2018 sarà predisposto e pubblicato uno strumento di comunicazione rivolto alla popolazione, e tutti i materiali disponibili saranno messi a disposizione dei servizi sanitari rivolti all’infanzia. Questo punto include anche l’attività prevista dall’azione 4.1.2 “0-6: quali messaggi per promuovere la salute?” che consisteva nel 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. Verificato che non è fattibile inserire un nuovo corso per operatori degli asili nido, è stata concordata la modalità per mettere a disposizione, all’interno dei corsi professionalizzanti già in essere, materiale specifico per il rafforzamento delle loro competenze come moltiplicatori dell’azione preventiva nei confronti delle famiglie.					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità			
		2015	2016	2017	2018	2019
Ri-definizione del gruppo regionale “Genitori più e interventi precoci”					Formalizzazione del Gruppo	-----

	Redazione di un profilo di salute "primi 1000 giorni"	Disponibile l'indice del profilo	Profilo disponibile in un dipartimento materno-infantile (DMI)	Profilo disponibile nel 50% dei DMI	Avvio stesura profilo in 4 ASL	Avvio stesura profilo in 6 ASL
	Numero di strumenti informativi prodotti	Almeno uno strumento prodotto	Almeno uno strumento prodotto	Almeno uno strumento prodotto	Uno strumento per la popolazione	-----
	Valorizzazione e diffusione degli strumenti prodotti	-----	Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito e una newsletter regionale	Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito e una newsletter regionale	Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito e una newsletter regionale	Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito e una newsletter regionale
	Formazione per educatori di asili nido	Progettazione del modulo formativo	Almeno 1 edizione del corso	Almeno 1 edizione del corso	Messa a disposizione nei percorsi di formazione degli operatori degli Asili Nido di materiale specifico sugli interventi precoci	Messa a disposizione nei percorsi di formazione degli operatori degli Asili Nido di materiale specifico sugli interventi precoci

Azione 2.2.1 Come leggere l'etichetta dei prodotti confezionati per bambini: una guida all'uso	Obiettivi dell'azione Favorire una lettura consapevole delle etichette attraverso: - l'aggiornamento della Banca dati regionale delle etichette dei prodotti confezionati (raccolte nell'ultima edizione di "OKkio alla Salute"); - la realizzazione di un corso di formazione regionale per operatori SIAN, delle varie ASL del Piemonte, che si occupano di nutrizione; - l'elaborazione di materiale informativo (Guida) per i consumatori (genitori e nonni) e sua divulgazione.			OSR cui si riferisce OSR 2.2. Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte		
	Descrizione dell'azione L'aggiornamento della Banca dati, il corso di formazione e l'aggiornamento della guida sono effettuati dall'ASL TO3 (ASL capofila) in collaborazione con un gruppo di operatori delle ASL piemontesi. È stato completato il caricamenti dati etichette raccolte nella sorveglianza 2014. È in corso il caricamento della raccolta dati 2016 che si concluderà nel 2019. Nel 2017 è stata elaborata una guida per la lettura ragionata delle etichette in due versioni, rivolte a genitori/nonni/insegnanti della scuola primaria e dell'infanzia utilizzate nell'ASL TO3 per la validazione. Tali strumenti saranno rivisti nel 2018 sulla base delle osservazioni raccolte nel corso della sperimentazione e riproposti nella versione finale per la diffusione in altre ASL. Nel 2018 la guida sarà diffusa a tutte le ASL, attraverso incontri dedicati, e pubblicata sul sito web regionale. Nel 2019 sarà implementato l'utilizzo della guida nell'ambito degli interventi attuati da parte delle ASL nelle scuole, anche mediante l'inserimento della guida nel catalogo ASL dell'offerta formativa per le scuole. A sostegno dell'impegno per una diffusione della conoscenza delle etichette nutrizionali è stato prodotto nel 2017 un aggiornamento alla banca dati etichette, dal punto di vista del software, che consente una diversa accessibilità e visitabilità delle informazioni contenute: è possibile ottenere, oltre alle informazioni nutrizionali dei quasi 4000 prodotti caricati, alcune immagini del prodotto e l'attribuzione di un giudizio a colori sulla base dell'etichettatura a semaforo utilizzata dalla Food Standard Agency. Attualmente la banca dati è accessibile con password, ma nel 2018 sarà valutata la possibilità di rendere libera la consultazione.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Etichette caricate in Banca dati	Caricamento del 50% delle etichette raccolte	Completamento del caricamento di tutte le etichette raccolte	-----	Caricamento del 50% delle etichette raccolte nel 2016	Completamento del caricamento di tutte le etichette raccolte nel 2016
Corso di formazione	-----	Erogazione corso	-----	-----	-----	
Indicatore sentinella: Guida per la lettura ragionata dell'etichetta	-----	-----	Guida elaborata	Diffusione della Guida	Guida presente nel catalogo di tutte le ASL	

Azione 2.2.2 Ambienti domestici sicuri <i>Accorpa l'azione 2.1.3</i>	Obiettivi dell'azione 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. Sensibilizzare ai problemi della prevenzione i tecnici installatori 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.		OSR cui si riferisce OSR 2.2. Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte OSR 2.1. 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		
	Descrizione dell'azione Proseguiranno nel biennio gli interventi informativi rivolti agli anziani sui rischi domestici, attraverso la collaborazione dei centri per anziani e dei sindacati di categoria, individuando annualmente messaggi prioritari da veicolare attraverso le strutture del territorio in ogni ASL. Verificata l'impossibilità di stipulare convenzioni/accordi 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 (come previsto dalla preesistente azione 2.1.3 "Ambienti sicuri"), nel 2018 si valuterà la possibilità di inserire la tematica nei corsi di formazione professionale regionale per gli installatori, in accordo con il Settore regionale competente, con avvio previsto nel 2019. A livello locale si intende effettuare una ricognizione delle iniziative avviate nelle ASL, in accordo con i Comuni. I risultati della ricognizione saranno documentati e condivisi con gli stakeholder.				
	Livello cui si colloca: Regionale e locale				
	Periodo di attuazione: 2015-2019				
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018	2019
Indicatore sentinella: N. percorsi informativi attivati	Contatti con le strutture interessate	Attivazione di almeno 1 percorso informativo sperimentale nel 50% delle ASL	Attivazione di almeno 1 percorso informativo in tutte le ASL	Attivazione di almeno 1 percorso informativo nel 50% dei distretti delle ASL	Attivazione di almeno 1 percorso informativo nel 70% dei distretti delle ASL
Formazione per tecnici installatori	--	--	--	Definizione target e materiali formativi	Messa a disposizione dei materiali nei percorsi formativi
Ricognizione delle iniziative avviate nelle ASL				Ricognizione effettuata	Ricognizione effettuata

Azione 2.3.1 Con meno sale la salute sale	Obiettivi dell'azione - definizione accordo regione-associazione categoria - definizione poster e materiale informativo - attuazione di incontri di informazione/formazione indirizzati ai panettieri e addetti ristorazione collettiva finalizzati alla riduzione del contenuto di sale nelle preparazioni alimentari - informazione ai consumatori con il supporto dei MMG.				OSR cui si riferisce OSR 2.3. Aumentare la disponibilità di alimenti a ridotto contenuto di sale e l'informazione al consumatore (Progetto regionale "Con meno sale la salute sale")	
	Descrizione dell'azione Nel marzo 2015 è stato stipulato l'accordo di collaborazione con l'Associazione Regionale Panificatori, con il quale i panificatori aderenti si impegnano a produrre linee di pane con meno sale e fornire informazioni ai clienti attraverso poster e opuscoli. Il progetto viene attuato in tutte le ASL mediante: • organizzazione di incontri informativi/formativi, • invio/distribuzione di materiale documentale, • azioni di sensibilizzazione indirizzate a popolazione generale, scuole, Medici di Medicina generale, • azioni di monitoraggio del contenuto di sale in campioni di pane prodotto dai panificatori aderenti. Dal 2016 è disponibile sul sito web regionale l'elenco dei panificatori aderenti, suddivisi per provincia.					
	Livello cui si colloca: Regionale e Locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Definizione accordo e produzione materiale per la comunicazione	Evidenza documentale	-----	-----	-----	-----
Incontri di informazione/ formazione nelle ASL indirizzati a panificatori	Almeno 1 per ASL	Almeno 1 per ASL	-----	-----	-----	
Indicatore sentinella: Attività di implementazione/ monitoraggio	-----	Almeno un'azione per ASL	Almeno un'azione per ASL	Almeno un'azione per ogni ASL	Almeno un'azione per ogni ASL	

Azione 2.4.1 Prevenzione del consumo dannoso di alcolici nel contesto del divertimento e Promozione della guida responsabile: Rete Regionale e Progetti multi-componente	Obiettivi - 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. - 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. 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.				OSR cui si riferisce OSR 2.4. Sviluppare iniziative e progetti di empowerment	
	Descrizione dell'azione È stato costituito nel 2015 il tavolo di coordinamento “Safe Night Piemonte”, che a livello regionale ha coordinato la pianificazione e realizzazione di progetti multicomponente che prevedono la formazione-sensibilizzazione dei gestori del divertimento giovanile notturno e il counseling individuale svolto da parte degli operatori delle postazioni mobili con l’ausilio di etilometri, simulatori di guida, occhiali alcolemici, materiali informativi ecc. 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. Nel 2018 la Rete Safe Night Piemonte rivedrà, aggiornandolo e rendendolo omogeneo, il proprio materiale informativo che sarà reso disponibile nel 2019. Dato che la rete è entrata a regime e funziona regolarmente, non si ritiene utile mantenere l’indicatore di processo riguardante il numero di riunioni annuali. L’indicatore sentinella relativo ai progetti attivati è stato rimodulato prevedendo il mantenimento dei progetti attivi nelle ASL: Città di Torino, TO3, TO4, CN1, VCO, in quanto si ritiene prioritario consolidare e mantenere i progetti in essere, anche in funzione del supporto alle altre ASL che si stanno attivando.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Formalizzazione Rete	Costituzione e formalizzazione della rete SI/NO	Mantenimento e sviluppo della rete	Mantenimento e sviluppo della rete	Mantenimento e sviluppo della rete	Mantenimento e sviluppo della rete
	Produzione strumenti informativi da diffondere nei contesti del divertimento				Realizzazione di materiali originali con il logo “Safe Night Piemonte”	Diffusione ed implementazione dei materiali
Indicatore sentinella: N. di ASL che attivano progetti nel contesto del divertimento	Almeno 3 ASL che partecipano alla Rete attivano progetti multicomponente	Almeno 4 ASL attivano progetti	Almeno 4 ASL attivano progetti	Mantenimento dei progetti attivati nelle 5 ASL	Mantenimento dei progetti attivati nelle 5 ASL	

Azione 2.4.2 Save the date	Obiettivi dell'azione Promuovere azioni di sensibilizzazione rivolte alla popolazione su temi specifici per sviluppare l'empowerment e mantenere viva l'attenzione sugli sviluppi della ricerca, l'importanza e la promozione di uno stile di vita salutare, l'importanza e la promozione del benessere mentale oltre a quello fisico.					OSR cui si riferisce OSR 2.4. Sviluppare iniziative e progetti di empowerment
	Descrizione dell'azione Tutti i settori e i gruppi di lavoro regionali direttamente coinvolti hanno messo in atto iniziative di sensibilizzazione, in collaborazione con quelle messe in atto a livello locale dalle ASL. Le iniziative prevedono la realizzazione di eventi tematici specifici realizzati a livello regionale o locale dalle ASL e la messa a disposizione, attraverso i siti istituzionali, di materiale documentale divulgativo di approfondimento/aggiornamento. Sui siti istituzionali saranno adeguatamente pubblicate le giornate tematiche più importanti (individuate dall'OMS) in materia di promozione della salute. Le azioni proseguono anche nel 2019.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Azioni di sensibilizzazione (eventi e/o materiali su siti istituzionali)	- Almeno 1 evento - Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento	- Almeno 1 evento - Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento	- Almeno 1 evento - Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento	- Almeno 1 evento - Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento	- Almeno 1 evento - Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento
	Sensibilizzazione giornate tematiche OMS sul web				Pubblicazione sul sito regionale e sui siti aziendali in occasione delle giornate tematiche OMS	Pubblicazione sul sito regionale e sui siti aziendali in occasione delle giornate tematiche OMS

Azione 2.5.1 Walking program	Obiettivi dell'azione Sostenere la pratica dell'attività fisica e contribuire al raggiungimento dei livelli raccomandati per fascia di età attraverso i walking program – fit o nordic walking, gruppi di cammino – attività spontanee e accessibili a tutti.			OSR cui si riferisce OSR 2.5. Incoraggiare la pratica dell'attività fisica nella popolazione adulta e anziana		
	Descrizione dell'azione I walking program 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 program destinati alla popolazione adulta e, in particolare, agli ultra 64enni e favorirne l'attivazione su tutto il territorio regionale. Nel 2016 è stato elaborato, nell'ambito delle attività della Rete Attività fisica Piemonte (RAP), un repertorio di strumenti di valutazione, da sperimentare nei progetti di walking program attivati a livello locale. A partire dal 2018 si prevede che tutte le ASL sperimentino uno strumento di valutazione per i walking program attivati (nuovo indicatore sentinella). Nel biennio 2018-2019 si conferma l'obiettivo di 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. Entro il 2019 si prevede di osservare almeno un gruppo di cammino nel 50% dei distretti delle ASL, mediante una ricognizione ad hoc.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Piano di valutazione	Ricerca e analisi di documenti e strumenti	Piano di valutazione elaborato	-----	-----	-----
Indicatore sentinella: % di gruppi di walking program attivati dalle ASL che adottano strumenti di valutazione	-----	-----	Almeno il 20% dei progetti di walking program	30%	40%	
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	Presenza di almeno 1 gruppo di cammino nel 40% dei distretti delle ASL	Presenza di almeno 1 gruppo di cammino nel 50% dei distretti delle ASL	

Azione 2.6.1 Rapporto uomo-animale: strategie d'informazione e attività di controllo	Obiettivi dell'azione - Educare, informare e sensibilizzare la popolazione sulle tematiche relative al fenomeno del randagismo, al corretto rapporto uomo/animale e alle zoonosi. - Armonizzare a livello regionale l'utilizzo dell'anagrafe canina per migliorarne le performance. - Attuare attività di controllo straordinario su tutte le strutture che accolgono cani senza proprietario (canili e rifugi).			OSR cui si riferisce OSR 2.6. Prevenire il randagismo, attraverso strategie d'informazione e comunicazione per la popolazione e attività di controllo su canili e rifugi		
	Descrizione dell'azione Si prevede di: - realizzare attività di informazione e divulgazione su base pluriennale, in sinergia con gli altri programmi di settore che si occupano di promozione della salute, al fine di conseguire 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; - standardizzare gli strumenti di verifica e di efficienza; - attuare un piano di vigilanza delle strutture; - incentivare le iscrizioni all'anagrafe canina. Nel 2017 si sono resi disponibili per i comuni capoluogo i fondi previsti dalla legge quadro 281/1991 per progetti in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo. Tali progetti prevedono iniziative di informazione, formazione e vigilanza sanitaria. Pertanto l'indicatore di processo viene rimodulato: invece del piano di comunicazione regionale, si prevede l'adozione nel 2018 di indirizzi regionali verso i Comuni che realizzano i progetti e nel 2019 il monitoraggio e produzione di report sull'andamento dei progetti. Saranno mantenuti nel biennio 2018-2019 le attività volte ad incentivare le iscrizioni all'anagrafe canina e il piano di vigilanza delle strutture.					
	Livello cui si colloca: Regionale, locale e puntuale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Progetti in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo				Indirizzi regionali verso i Comuni che realizzano i progetti	Monitoraggio e produzione di report sull'andamento dei progetti	
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%	Consolidamento 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	100% di almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile pubblico o privato	

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
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili	OC 1.3 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	OSR 3.1 (OC 1.3/5/6/7/8/9) Sviluppare nel SSR conoscenze e competenze per la promozione di stili vita salutari negli ambienti di lavoro	Indicatore OSR 3.1. N. di ASL che utilizzano e/o diffondono i materiali e/o gli strumenti regionali prodotti	Standard OSR 3.1 Almeno il 40% delle ASL
	OC 1.5 Estendere la tutela del fumo passivo	OSR 3.2 (OC 1.3/5/6/7/8/9) Favorire l'adozione di comportamenti salutari nella popolazione adulta che lavora	Indicatore OSR 3.2. N. di progetti WHP multi-componente e multi-fattoriale attivati a livello locale	Standard OSR 3.2 Attivazione di almeno 1 progetto nel 100% dei territori locali
	OC 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio	OSR 3.3. (OC 1.3) Studiar la fattibilità della creazione della Rete WHP Piemonte	Indicatore OSR 3.3. Report dei risultati dello studio di fattibilità	Standard OSR 3.3 Sì/NO
	OC 1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura			
	OC 1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale			
	OC 1.9 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) 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.net) **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 le persone tra 18 e 69 anni che lavorano in ambienti chiusi (96%) ritengono rispettato il divieto di fumare (80% "sempre" e 16% "quasi sempre") [dato PASSI 2016]. Questa prevalenza corrisponde ad una stima di oltre 2 milioni e 900mila persone e risulta, come in altre Regioni del Nord Italia, maggiore di quella osservata a livello nazionale (93%).

Tra il 2007 e il 2017, 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.

In Piemonte, la percezione del rispetto del divieto di fumare negli ambienti di lavoro continua ad essere 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.

Tra le ASL piemontesi non si rilevano particolari differenze nella media dei valori nel triennio 2014-2017 (min: 93% ASL AT, max: 95% ASL AL) (fonte PASSI 2014-2017).

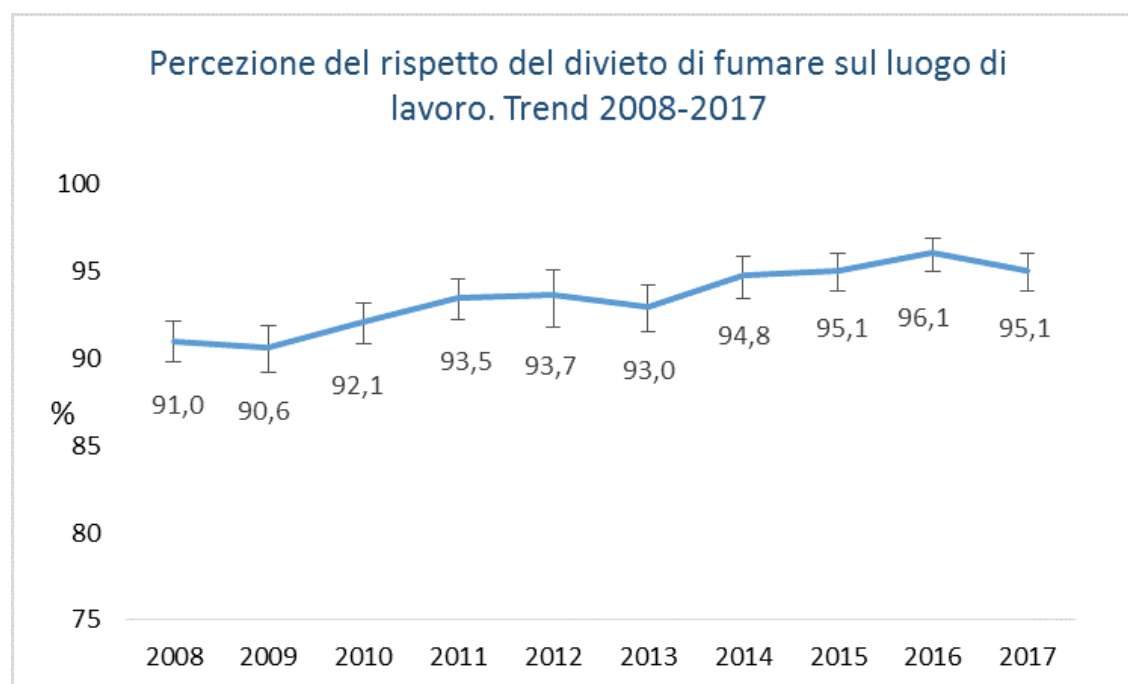


Figura 1. Prevalenza di persone di età 18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono “sempre” o “quasi sempre” alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro del Piemonte- PASSI 2008-2017

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.

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%

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

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.

Sinergie con altri programmi del PRP: 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

Obiettivi e attività del programma in continuità con il precedente PRP

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 (riferimenti: www.dors.it e ProSa. - Banca Dati di Progetti e Interventi di Prevenzione e Promozione della Salute - www.retepromozionesalute.it). Si trattava però di esperienze ancora isolate e che non avevano raggiunto una sufficiente copertura rispetto alla popolazione lavorativa piemontese.

Con il presente programma, previsto nel PRP 2014-2018, si è voluto favorire lo sviluppo di tali attività. Va precisato, però, che la definizione tardiva sia del gruppo di coordinamento regionale per il presente programma sia del gruppo di lavoro regionale tematico, attivato in data 15/07/2016, dedicato allo sviluppo delle azioni previste ha di fatto comportato un ritardo nello sviluppo e attuazione del programma.

Visto la criticità sopra evidenziata al fine di ottimizzare tempi e risorse è stato deciso di far coincidere il gruppo di lavoro regionale tematico con la comunità di pratica prevista dall'azione 3.2.1 e con il gruppo di lavoro di cui all'azione 3.3.1 (di seguito quindi verrà indicata solo la Comunità di Pratica programma 3). I partecipanti sono i referenti del programma 3 delle ASL, che rappresentano i diversi ambiti di interesse: Repes, Medico Competente, Spresal, UVOS, SIAN. Tale scelta, inoltre, trova la motivazione in un'azione facilitante sia nella attività di analisi dei bisogni, sia nella attuazione di progetti specifici.

Quindi la comunità di pratica regionale risulta composta da:

- coordinatori del programma 3 Regionali,
- referenti del programma 3 delle ASL Piemontesi, con nomina di uno o più sostituti,
- rappresentanti Dors.

Per facilitare lo sviluppo delle varie azioni è stata attivata, nel dicembre 2016, un'area dedicata al programma 3 sulla piattaforma MEDMOOD¹ della Regione Piemonte-Settore Sanità, portale per la formazione degli operatori sanitari della Regione Piemonte a disposizione delle Aziende Sanitarie Regionali, gestita da MES (Media educativi in sanità). Questo per avere la possibilità di condividere in tempo reale sia materiali sia avviare forum sulle singole azioni da sviluppare.

Quindi sono stati aggiunti ulteriori componenti nella comunità di pratica:

- un rappresentante di MES, per la collaborazione alla realizzazione del corso FAD sulla piattaforma MEDMOOD
- il presidente di APAMIL (Associazione Piemontese e Aostana di Medicina e Igiene del Lavoro Sezione interregionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale) con lo scopo principale di avere anche il punto di vista del medico competente, sia pubblico che privato.

Inoltre DoRS, per conto della comunità di pratica, ha prodotto alcuni documenti utili allo sviluppo delle azioni previste dal presente programma sia a livello regionale che locale:

¹ MEDMOOD è una piattaforma Moodle – acronimo di Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment. MOODLE è un CMS, Course Management System, ambiente libero e open source di apprendimento globale, utilizzato in tutto il mondo e aggiornata a cura della comunità di pratica, che permette a qualunque gruppo di utenti di sviluppare funzionalità aggiuntive. È un ambiente di apprendimento che permette: percorsi didattici; scambio/archivio documentazione; uso di elementi multimediali – audio, video, ecc. –; gruppi di discussione, forum, blog, ecc.

- report *Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti* (pubblicazione Dors 2016) e il relativo allegato *Percorso guidato pratico-operativo per l'elaborazione di progetti di WHP: checklist per il monitoraggio ricerca bibliografica e documentale, effettuata per aggiornare il le prove di efficacia e buone prassi sulla WHP partendo dal documento Workplace health promotion: breve bibliografia ragionata* (DoRS, 2013);
- *I progetti WHP piemontesi in Pro.Sa*: contiene una ricognizione dei progetti WHP, in corso e/o avviati al 2016 dalle ASL piemontesi, presenti nella banca dati Pro.Sa on line;
- Report *Esempi di Reti di Workplace Health Promotion (WHP)*: vengono descritte sinteticamente le principali reti WHP esistenti a livello nazionale e internazionale.

Pertanto per il 2019, in continuità con i precedenti Piani di prevenzione, si lavorerà su:

- la valorizzazione delle risorse esistenti e la creazione di reti a livello locale;
- lo sviluppo delle competenze in tema di WHP degli operatori sanitari pubblici e privati, attraverso il corso FAD;
- la diffusione di documenti e strumenti per lo sviluppo delle conoscenze e utili alla realizzazione di interventi specifici;
- la realizzazione di progetti WHP a livello locale.

Sintesi complessiva delle azioni previste

Nel 2016 si è costituita la dalla Comunità di Pratica dedicata al Programma 3, essenziale per lo sviluppo delle azioni. La comunità, composta da una rappresentanza di più servizi delle ASL, permette un efficace confronto sia nella attività di analisi dei bisogni, sia nella attuazione di progetti specifici.

Considerato il ritardo nell'attivazione del gruppo di lavoro, pur mantenendo praticamente invariate le varie azioni del Programma, le stesse sono state rimodulate principalmente in relazione ai tempi di attuazione, nel dettaglio:

- l'elaborazione e la diffusione di materiali e strumenti per lo sviluppo delle conoscenze si è tradotto principalmente nella costruzione del corso FAD sulla WHP, che verrà accreditato ECM e sarà destinato agli operatori dei servizi sanitari pubblici e privati. Il corso verrà concluso ed erogato entro fine 2019 e sarà un'opportunità per diffondere materiali e strumenti per lo sviluppo delle conoscenze;
- saranno utilizzati le revisioni e i Report realizzati a cura di Dors, per facilitare l'elaborazione e sperimentazione a livello locale di progetti WHP multifattoriali e multicomponente, cioè progetti che agiscono su più fattori di rischio per la salute (ad esempio fumo, alcol, sedentarietà,...) attraverso più strategie d'azione (informative, formative, organizzative,...) rivolte a differenti destinatari (singoli individui, gruppi, organizzazioni, comunità locale) (dal glossario de The Community Guide), secondo un approccio socio-ecologico (Sallis JF, et al. 2008).;
- continua lo studio di fattibilità per la creazione della Rete WHP Piemonte.

I materiali prodotti saranno diffusi e valorizzati attraverso il corso FAD e i canali istituzionali: www.regione.piemonte.it, www.dors.it, newsletters "Sicuri di essere sicuri".

I fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma sono costituiti da:

- 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 disuguaglianza 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.

Azione 3.1.1 Dalle prove di efficacia alle buone pratiche Conclusa	Obiettivo dell'azione 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.			OSR cui si riferisce OSR 3.1. Sviluppare nel SSR conoscenze e competenze per la promozione di stili vita salutari negli ambienti di lavoro		
	Descrizione dell'azione La ricerca e l'analisi sono state effettuate dal gruppo di lavoro regionale Guadagnare Salute Piemonte (GSP). L'azione è conclusa nel 2016, si è ottemperato agli indicatori previsti con le riunioni del gruppo di lavoro e con l'elaborazione e la pubblicazione su Dors.it del report "Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti".					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2016					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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 Strumenti per l'informazione, la progettazione e la valutazione di progetti di WHP	Obiettivo dell'azione Elaborare o selezionare materiali e strumenti di vario tipo 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).			OSR cui si riferisce OSR 3.1. Sviluppare nel SSR conoscenze e competenze per la promozione di stili di vita salutari negli ambienti di lavoro		
	Descrizione dell'azione Gli strumenti saranno prodotti dalla Comunità di Pratica in sinergia, se necessario, con altri soggetti opportunamente individuati sulla base delle competenze specifiche necessarie. Dors, su mandato della comunità di pratica Regionale, ha prodotto diversi documenti: • "Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti" • una griglia di progettazione allegata al suddetto documento • esempi di Reti di Workplace Health Promotion (WHP) • i progetti WHP piemontesi in Pro.Sa (a marzo 2017) Già ultimi due sono documenti di lavoro, messi a disposizione della Comunità di pratica per favorire lo sviluppo delle azioni 3.2.1 e 3.3.1. La ricognizione dei progetti WHP in Pro.Sa. dovrebbe favorire, attraverso l'analisi di esperienze e buone prassi territoriali già esistenti, lo scambio e il confronto tra gli operatori e la progettazione di progetti multicomponente e multifattoriale a livello locale, mentre l'analisi delle esperienze nazionali e internazionali di WHP contribuisce all'elaborazione dello studio di fattibilità della rete WHP Piemonte. Entrambi i documenti saranno inseriti tra i materiali e gli strumenti messi a disposizione dal corso FAD (azione 3.1.3). Per gli anni 2018/2019 il gruppo di lavoro ha deciso di valorizzare gli strumenti proposti nell'ambito del corso FAD principalmente attraverso il corso stesso (Modulo 3. Gli strumenti).					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2016-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	N. strumenti prodotti o selezionati	-----	Almeno 2 strumenti	Almeno 2 strumenti	Almeno 1 strumento nell'ambito del Corso FAD	Almeno 1 strumento nell'ambito del Corso FAD
	N. di strumenti diffusi attraverso i canali istituzionali/strumenti prodotti o selezionati (www.regione.piemonte.it, www.dors.it, siti ASL, piattaforma Medmood Corso FAD,...)	-----	50% degli strumenti prodotti	50% degli strumenti prodotti	Diffusione attraverso il corso FAD regionale	Diffusione attraverso il corso FAD regionale

Azione 3.1.3 Corso FAD WHP per operatori sanitari	Obiettivo dell'azione Progettare e realizzare un percorso di formazione a distanza, accreditato ECM, sulla WHP destinato agli operatori dei servizi sanitari sia pubblici che privati. Il corso prevede 3 moduli tematici: - Modelli e strategie di WHP; - Quali interventi; - Quali strumenti per informare e progettare in WHP.					OSR cui si riferisce OSR 3.1. Sviluppare nel SSR conoscenze e competenze per la promozione di stili vita salutari negli ambienti di lavoro
	Descrizione dell'azione Il corso è stato progettato dalla Comunità di Pratica del presente programma, in collaborazione con altri esperti presenti nelle singole ASL. Il citato ritardo nell'attivazione dei vari gruppi regionali dedicati alle singole azioni del presente programma ha comportato una conseguente difficoltà nell'organizzazione del corso. Nel 2016 sono stati definiti i contenuti dei moduli e nel 2017 sono stati prodotti i relativi materiali che dovranno essere discussi sulla comunità di pratica presente su MEDMOOD e quindi messi a punto per la fruizione in e learning. L'erogazione del corso partirà nel 2019.					
	Livello cui si colloca: Regionale e Puntuale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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"	Elaborazione dei tre moduli tematici e messa a punto del Corso FAD su MEDMOOD	Erogazione corso FAD
	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	-----	Avvio dell'erogazione del corso FAD WHP in almeno il 40% delle ASL

Azione 3.2.1 Progetti WHP	Obiettivo dell'azione Realizzare, localmente, nei luoghi di lavoro progetti multi-componente e multi-fattoriale per la promozione di stili vita salutari.			OSR cui si riferisce OSR 3.2. Favorire l'adozione di comportamenti salutari nella popolazione adulta che lavora		
	Descrizione dell'azione I referenti locali del programma 3 (membri effettivi della comunità di pratica regionale) attiveranno nei loro territori progetti WHP multi-componente e multi-fattoriale, con il concorso di risorse interne all'ASL e di enti territoriali, nonché associazioni di categoria. Lo standard atteso per il 2018 è ridotto al 75%, per consentire alle ASL di attivare interventi basati su un'analisi più puntuale del contesto, e per il 2019 si prevede di arrivare al 100%. I documenti prodotti da Dors, su mandato della Comunità di Pratica Regionale, possono essere uno strumento utile per individuare le azioni “trasferibili” e quindi per l'elaborazione e l'attivazione di progetti specifici. Tutti i progetti dovranno essere rendicontati nella banca dati ProSa.					
	Livello cui si colloca: Regionale e Locale					
	Periodo di attuazione: 5 anni (2016-2019)					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Costituzione della Comunità di pratica	-----	Definizione e costituzione della comunità di pratica	-----	Report degli interventi dei componenti sul forum della comunità di pratica	Report degli interventi dei componenti sul forum della comunità di pratica
Indicatore sentinella: Progetti realizzati localmente sul territorio di ciascuna ASL	-----	Caricamento in ProSa di tutti gli interventi/ progetti WHP attuati al 2016	Attivazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 40% delle ASL	Realizzazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 75% delle ASL (documentata su ProSa)	Realizzazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 100% delle ASL (documentata su ProSa)	

Azione 3.3.1 Studio di fattibilità Rete WHP Piemonte	Obiettivo dell'azione Effettuare uno studio di fattibilità per la creazione di una Rete WHP piemontese.			OSR cui si riferisce OSR 3.3. Studiare la fattibilità della creazione della Rete WHP Piemonte		
	Descrizione dell'azione Al fine di irrobustire le esperienze già in atto nel territorio e consolidare le relazioni intersettoriali già costruite, è stato avviato uno studio che ha permesso di: - evidenziare le esperienze in atto a livello nazionale e locale; - consultare alcuni portatori d'interesse, tra cui la referente della rete WHP Regione Lombardia e il presidente APAMIL. Quindi è stato elaborato il relativo report con i primi risultati dello studio. Per poter avviare la sperimentazione, però, risulta utile nel 2018 raccogliere anche le esperienze locali e verificare la possibilità di ulteriori contatti con i diversi portatori di interesse, per es. parti sociali (imprese e sindacati), INAIL, ecc.; in particolare si prevede un seminario di consultazione di stakeholders (es. spresal, repes, INAIL, associazioni categoria, ecc.), al fine di implementare i contatti e le collaborazioni con i diversi stakeholders, per una più realistica valutazione di fattibilità della rete WHP. Dopo questo ulteriore approfondimento, nel 2019 sarà formalizzata la Rete WHP Piemonte e avviata la fase pilota, se del caso, in un ambito circoscritto.					
	Livello cui si colloca: Regionale e Locale					
	Periodo di attuazione: 5 anni (2015-2019)					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Definizione del gruppo di lavoro e delle attività di ricerca e analisi	- Costituzione del gruppo di lavoro - Almeno 1 riunione	Almeno 3 riunioni	Almeno 3 riunioni	-----	-----
Indicatore sentinella: Esiti studio di fattibilità	-----	Bozza del Report elaborata	Report elaborato	Integrazione del Report	Diffusione Report	
Indicatore sentinella: Avvio della Rete	-----	Contatti con stakeholders	Fase pilota della Rete WHP Piemonte	Seminario di consultazione con stakeholders	Formalizzazione della Rete WHP Piemonte e avvio della fase pilota	

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
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MALATTIE CRONICHE non trasmissibili	OC 1.3. 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	OSR 4.1. 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.). OSR 4.2. Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici. OSR 4.3. 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 OSR 4.4. 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.	Indicatore OSR 4.1 % operatori sanitari dei servizi coinvolti formati alle metodologie individuate	Standard OSR 4.1 30%
	OC 1.4. Ridurre il numero dei fumatori		Indicatore OSR 4.2 N. percorsi preventivi e/o diagnostico terapeutici in cui sono inserite azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio/principali MCNT	Standard OSR 4.2 Almeno uno per ogni MCNT
	OC 1.5. Estendere la tutela del fumo passivo		Indicatore OSR 4.3 N. procedure attivate/programmate	Standard OSR 4.3 80%
	OC 1.6. Ridurre il consumo di alcol a rischio		Indicatore OSR 4.4 Realizzazione dei percorsi informativo-formativi sui temi individuati	Standard OSR 4.4 Almeno 1 per tema
MO 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	OC 3.1. Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali OC 3.2. Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale			
MO 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	OC 5.1. ridurre il numero di decessi per incidenti stradali OC 5.2. ridurre il n. di ricoveri OC 5.3. aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida			
MO 6 Prevenire gli incidenti domestici	OC 6.4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, mmg, pls OC 6.5. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico			

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

Secondo l'indagine Istat *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, anni 2012-2013¹, 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; il ricorso a queste prestazioni risulta 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 una minore diffusione del consiglio di fare attività fisica e dell'uso di farmaci rispetto al pool di ASL.

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, indicative 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.

¹ *La salute in Piemonte nelle opinioni dei suoi abitanti*. www.dors.it/alleg/newcms/201503/multiscopo_web.pdf (ultimo accesso giugno 2018)

18-69 anni	%	Piemonte	Pool nazionale	18-69 anni	%	Piemonte	Pool nazionale
Ipertesi che hanno ricevuto il consiglio del medico di tenere sotto controllo la pressione attraverso:				Persone con colesterolemia elevata che hanno ricevuto il consiglio del medico di tenerla sotto controllo attraverso:			
- riduzione del sale nel cibo		77,7%	87%	- minor consumo di carne e formaggi		85,4%	88,7%
- attività fisica regolare		74,6%	82,4%	- aumento di frutta e verdura		74,2%	81,6%
- controllo del peso		72,3%	80,8%	- attività fisica regolare		75,5%	83,2%
				- controllo del peso		70,2%	78,5%

Tabella 1. Consiglio dell'operatore sanitario a ipertesi e ipercolesterolemici. PASSI 2014-2017

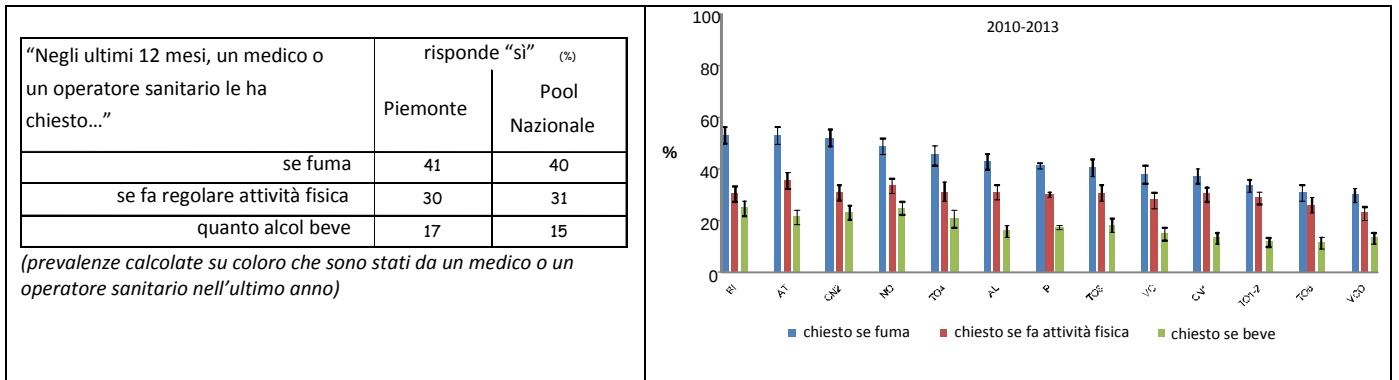


Figura 1. Attenzione agli stili di vita da parte degli operatori sanitari. PASSI 2010-2013

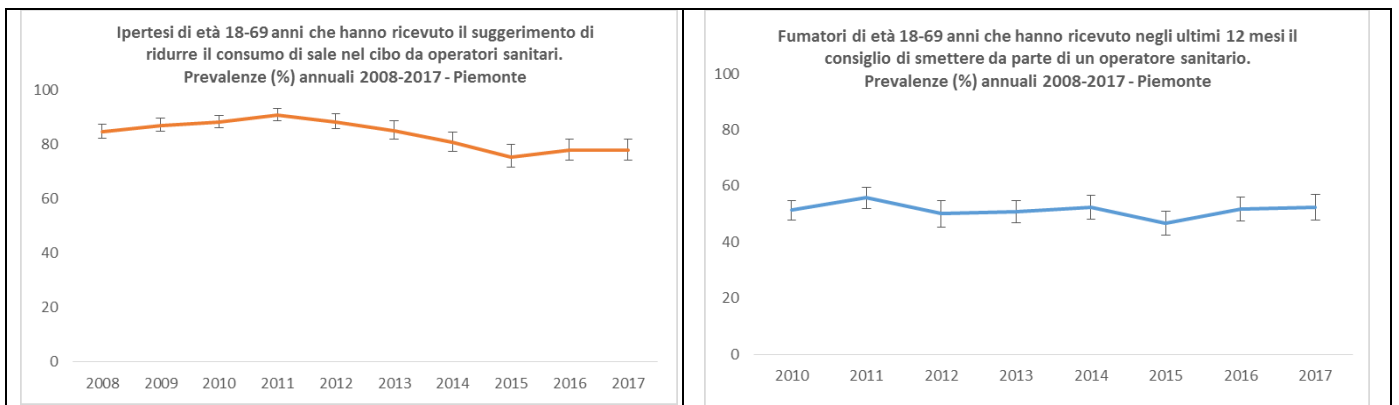


Figura 2. Attenzione agli stili di vita da parte degli operatori sanitari in situazioni specifiche/1

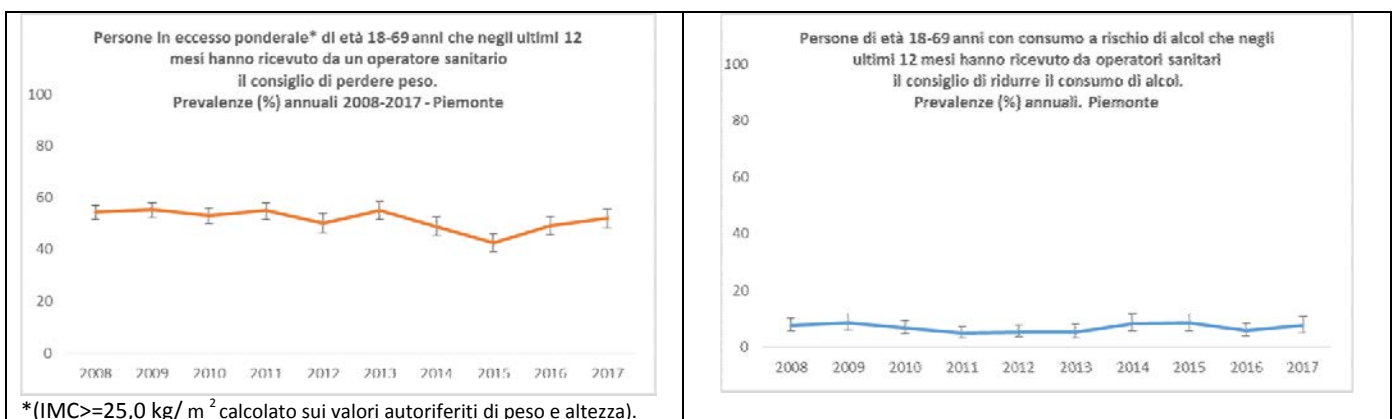


Figura 3. Attenzione agli stili di vita da parte degli operatori sanitari in situazioni specifiche/2

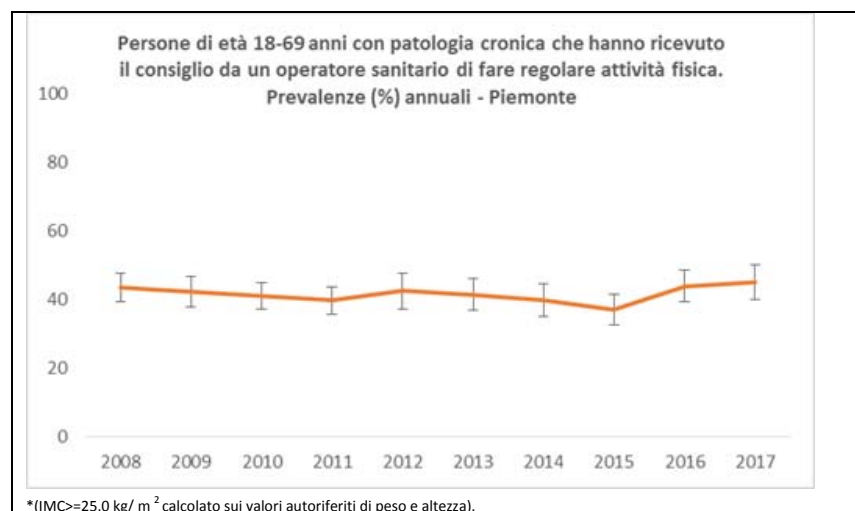


Figura 4. Attenzione agli stili di vita da parte degli operatori sanitari in situazioni specifiche/3

Il Bollettino 2012 *Fatti e cifre sulle dipendenze e sull'alcol in Piemonte*², 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*³, 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%.

Per quanto riguarda la **salute mentale**, PASSI conferma nel periodo 2014-2017 le stime del periodo 2010/2013: in Piemonte quasi il 6% della popolazione tra 18 e 69 anni (corrispondenti ad oltre 170mila persone) presenta sintomi indicativi di depressione, con prevalenze che aumentano con l'età e con il diminuire del livello di scolarità e delle condizioni economiche; anche l'avere una patologia cronica è una condizione che risulta associata ad una più elevata prevalenza di sintomi di depressione (12%) così come il non avere un lavoro continuativo e il vivere da soli. Una percentuale maggiore di donne (7,6%) presenta i sintomi di depressione rispetto agli uomini (4,5%).

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, quasi 4 persone con sintomi indicativi di depressione su 10, non si rivolgono a nessuno per avere aiuto nell'affrontare 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). Rispetto all'indicatore nazionale tratto dall'indagine Multiscopo, il Piemonte si colloca sopra la media nazionale, ma con buoni margini di miglioramento ancora possibili (tabella 2).

	Piemonte	Italia
Età del bambino	%	%
Fino a 6 mesi	43,56	48,96
Oltre	56,44	51,04

Tabella 2. Allattamento al seno: % grezze di donne che allattano al seno per età del bambino (donne con l'ultimo figlio con meno di 6 anni). Fonte: elaborazione DoRS su dati ISTAT, Indagine multiscopo *Condizioni di salute e ricorso ai servizi* anni 2012-2013

² www.oed.piemonte.it/public/4_bollettini/boll_alcool_marzo2013.pdf (ultimo accesso giugno 2018).

³ www.oed.piemonte.it/public/4_bollettini/BollFUMO2013.pdf (ultimo accesso giugno 2018).

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 DoRS⁴. 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 obeso;
- 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*⁵. 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.
- 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.

⁴ http://www.dors.it/documentazione/testo/201404/Cambiamento_comportamenti_ita_apr14.pdf (ultimo accesso giugno 2018)

⁵ <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> (ultimo accesso giugno 2018)

- 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 2010⁶.

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

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, 2010¹²: 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 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 guida¹³.
- Warner R. *Intervento precoce nelle psicosi: un'analisi critica*. *Nòs - Aggiornamenti in psichiatria*, 2: 2005; pp. 77-87.

⁶ www.nber.org/papers/w16201.pdf (ultimo accesso giugno 2018).

⁷ www.sigg.it/assets/congressi/52-congresso-nazionale-sigg/slide/riabilitazione/05Mecocci.pdf (ultimo accesso giugno 2018).

⁸ www.sigg.it/assets/congressi/53-congresso-nazionale-sigg/slide/Bonati-27.pdf (ultimo accesso giugno 2018).

⁹ www.uctv.tv/shows/New-Scientific-Strategies-for-Managing-Stress-Building-Resilience-and-Bringing-Balance-to-Life-20631 (ultimo accesso giugno 2018).

¹⁰ www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2766264 (ultimo accesso giugno 2018).

¹¹ <https://wfmh.global/> (ultimo accesso giugno 2018).

¹² http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf (ultimo accesso giugno 2018).

¹³ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_714_allegato.pdf (ultimo accesso giugno 2018).

- 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

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), 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

Obiettivi e attività del programma in continuità con il precedente PRP

Questo programma ha rappresentato una vera sfida di programmazione centrale, in quanto sconta il disallineamento temporale tra il Piano di Prevenzione ed alcune condizioni organizzativo/normative incompiute a livello regionale (in particolare per quanto riguarda i Gruppi regionali su alcol e tabagismo, Tavolo Incidenti Stradali ecc.) che avrebbero dovuto garantire la necessaria cornice per lo sviluppo delle azioni.

Sulla base di quanto sopra, a partire dal 2016, attraverso il supporto delle ASL, è stato avviato un processo per dare una maggiore omogeneità di setting, puntando su azioni formative ad hoc per sviluppare, negli operatori sanitari, competenze di base omogenee rispetto al counselling breve, quale metodologia utile nei contesti sia preventivi che clinici.

Si 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, 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), 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), Farmacia di comunità.

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 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,...);
- 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;
- prevenzione degli incidenti stradali, attraverso 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;
- 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.

Sintesi complessiva delle azioni previste

Nel 2018-19 si prevede il consolidamento di alcune azioni e il riorientamento di altre, sulla base delle criticità, prevalentemente di tipo organizzativo, emerse nel primo periodo di attuazione del Piano.

Le azioni riguardanti il **sostegno della genitorialità** proseguiranno in modo che l'assistenza lungo tutto il Percorso Nascita poggi su solide e condivise basi EBM e che le donne ricevano informazioni/risposte univoche indipendentemente dall'operatore; 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 e a definire le modalità di monitoraggio dei dati sull'allattamento al seno, che entrano nel profilo di salute materno infantile dei DMI.

Le azioni riguardanti il **contrasto al tabagismo** hanno presentato nel 2015-2017 notevoli criticità, dovute alla difficoltà nell'individuare i soggetti e gli interlocutori interistituzionali. Per superare questa condizione di stallo è stato definito un gruppo di lavoro, composto da operatori appartenenti al Servizio Sanitario, con la funzione di coordinamento della progettazione della formazione sulle tecniche del counselling breve e pianificazione delle modalità di assistenza alla formazione per tutti gli operatori delle ASL piemontesi.

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. Anche in questo caso, la mancanza del previsto gruppo regionale intersettoriale ha comportato l'istituzione di un gruppo di lavoro composto da operatori del solo servizio sanitario che coordinano le attività, in particolare l'implementazione del percorso formativo regionale "a cascata" e il conseguente avvio e monitoraggio delle attività previste a livello locale.

Le azioni che riguardano l'**attività fisica nelle persone con patologie** perseguono obiettivi di integrazione multidisciplinare, in continuità con progetti già realizzati, per favorire la diffusione di appropriate modalità operative di esercizio-terapia (MET), di momenti formativi indirizzati ai clinici che si occupano dei percorsi educativi per pazienti con patologie croniche, di definire, valutare e implementare l'utilizzo dell'attività fisica nei percorsi educativo-terapeutici.

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. In assenza del previsto gruppo di lavoro interistituzionale, la stesura delle linee di indirizzo regionali in tema di accertamenti e le indicazioni per i corsi info-educativi preliminari alla restituzione della patente sono proseguite grazie a un gruppo di lavoro ristretto.

Rispetto alla prevenzione degli **incidenti domestici**, proseguono le attività, ormai ben consolidate, relative ai corsi di formazione per gli operatori di ogni ASL, all'informazione sistematica dei MMG e PLS tramite l'invio annuale dei dati dei PS, alla trasmissione periodica di note informative sui rischi domestici e alla raccolta delle informazioni sugli avvelenamenti domestici e loro restituzione agli operatori.

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.

Nell'ambito del **counselling nutrizionale** si ritiene opportuno intervenire con un programma formativo, da attuare a cascata nelle ASL, indirizzato ad operatori sanitari, su informazione, comunicazione e counselling.

Per quanto riguarda le azioni collegate a **progetti specifici**, nazionali o europei, come "Empowering Hospital", "Dialogo Aperto" (riguardante la salute mentale) e "Farmacia di Comunità", si proseguirà affinché, una volta conclusi i progetti e condivisi i risultati, le metodologie originali nonché i temi culturali innovativi diventino patrimonio comune del Servizio Sanitario. Per rafforzare il macro obiettivo di promozione del benessere mentale è prevista una nuova azione finalizzata all'individuazione precoce e trattamento di problematiche psicologiche "non severe" nel contesto delle cure primarie con intervento basato sullo Stepped Care Model.

Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati

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), 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.

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*).

Azione 4.1.1 Sostegno all'allattamento al seno	Obiettivi dell'azione: Dare continuità al Progetto Regionale di Protezione, promozione e sostegno all'allattamento al seno		OSR cui si riferisce: OSR 4.1. 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.)			
	Descrizione dell'azione Proseguirà il 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. Sarà attuata la 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". Sarà programmato e realizzato l'aggiornamento degli operatori dei Punti di sostegno con formazione sul campo sugli allattamenti difficili. A partire dal 2017, si lavora per colmare il bisogno formativo sia nei confronti dei neo-assunti, in corso d'anno (entro 6 mesi), sia nei confronti di coloro che, trasferiti da altra sede o assunti in precedenza, non siano ancora stati formati. L'indicatore sentinella è stato riformulato: la modifica consiste nel sostituire ai punti di sostegno i DMI, perché i punti di sostegno non sono una buona unità di misura, in quanto la loro organizzazione può essere diversificata a seconda della dislocazione geografica e della tipologia di territorio. La formazione viene realizzata a livello di Dipartimento Materno-infantile, indipendentemente dal numero di punti di sostegno presenti sul territorio.					
	Livello cui si colloca: regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Numero di nuovi operatori del DMI formati entro 6 mesi dalla assunzione o dalla loro entrata in servizio se provenienti da altre strutture/ASL (anche in collaborazione tra DMI)	Almeno 40% dei nuovi assunti dedicati	Almeno 50% dei nuovi assunti dedicati	Almeno 60% dei nuovi assunti dedicati	Almeno 70% dei nuovi operatori del DMI	100% dei nuovi operatori del DMI	
Indicatore sentinella: N. DMI in cui è stata garantita la formazione per gli allattamenti difficili sul totale DMI	Calendario incontri (nei 30 punti di sostegno)	Almeno 50%	Almeno 75	100%	100%	

Azione 4.3.1 Allattamento al seno: monitoraggio dell'andamento	Obiettivi dell'azione: 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.			OSR cui si riferisce OSR 4.3. 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		
	Descrizione dell'azione Con DGR n. 121-3856 del 4/08/2016 è stato istituito il Coordinamento dei direttori di Dipartimento Materno-infantile, con il compito, tra gli altri, di valutare e monitorare le diverse attività inerenti il percorso nascita. In tale ambito, opera il gruppo di monitoraggio dell'allattamento; saranno pertanto 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. Verrà avviata la sperimentazione in due DMI di un set di indicatori da raccogliere all'interno del profilo di salute materno-infantile (MI); 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 PLS sulla scorta delle risultanze emerse. La raccolta del dato relativo all'allattamento al seno a 6 mesi è risultata non praticabile, pertanto non è stato raggiunto il risultato atteso dall'indicatore sentinella. Le attività saranno riorientate al fine di individuare modalità di rilevazione dell'andamento longitudinale omogenee su tutto il territorio regionale, anche nell'ambito della sorveglianza "0-2 anni" di prossima attuazione. È stato riformulato l'indicatore sentinella in maniera da renderlo più specifico e adeguato alla suddetta rimodulazione.					
	Livello cui si colloca: locale, regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Numero di DMI che raccolgono informazioni sull'andamento longitudinale dell'allattamento al seno / n. DMI piemontesi	Non disponibile	60%	80%	40%	50%
	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 attraverso l'attuazione di un programma formativo	Attuazione del programma formativo
	Numero di équipes territoriali aggiornate			20%	20%	60%

Azione 4.2.1 Sostegno/ implementazione degli interventi di prevenzione/ /riduzione/ cessazione tabagismo realizzati dalle ASL/ASO in autonomia e/o nell'ambito di progetti regionali consolidati Accorpa l'azione 4.2.2	Obiettivo dell'azione 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: - operatori sanitari; - donne in gravidanza; - neo genitori fumatori (in particolare mamme).			OSR cui si riferisce OSR 4.2 Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici		
	Descrizione dell'azione Questa azione di contrasto al tabagismo, come anche la 4.2.2, che viene accorpata in questa, avrebbero dovuto essere coordinate da un gruppo regionale interistituzionale sul fumo di tabacco, mai costituitosi. Per questa ragione è stato avviato, nel 2016, un gruppo tecnico di lavoro, composto solo da operatori appartenenti al Servizio Sanitario, con la finalità di coordinare le attività formative previste. L'attività del livello regionale è stata rimodulata prevedendo la predisposizione e diffusione dei materiali didattici necessari per la formazione a livello locale degli operatori di strutture e servizi in grado di erogare interventi di counselling per orientare e supportare il paziente fumatore. È prevista nel 2018 la realizzazione del corso di formazione a livello locale nel 50% delle ASL. Resta invariato l'atteso nei confronti delle ASL, sul fronte degli interventi di sensibilizzazione rispetto alla cessazione del fumo di tabacco, attivati utilizzando la metodologia del counselling: si prevede che in ogni ASL siano attivati interventi di counselling rivolti a pazienti afferenti a differenti ambiti sanitari (servizi, strutture, MMG, PLS, ambulatori specialistici). Nel 2019, al fine di valutare gli esiti del primo anno di attuazione, ogni ASL renderà conto nel PLP gli interventi effettuati. La presente azione accorpa le attività previste in precedenza dalla 4.2.2, relative all'implementazione dell'offerta terapeutica di disassuefazione dei cosiddetti Centri Trattamento Tabagismo (CTT) e di altri servizi di disassuefazione. Anche questa azione ha risentito della assenza di un gruppo di lavoro regionale interistituzionale; le attività svolte, a tutt'oggi, si sono concentrate sul monitoraggio delle offerte terapeutiche esistenti a livello dei servizi aziendali che offrono interventi di disassuefazione. Si rimodula l'azione prevedendo di proseguire nel 2018 la rilevazione delle attività, della tipologia e delle criticità delle offerte terapeutiche dei CTT. Sulla scorta delle principali criticità di tipo clinico-organizzativo, emerse dalla rilevazione, nel 2019 verranno prodotte e diffuse delle raccomandazioni per adeguare l'offerta terapeutica alle più recenti indicazioni presenti nelle linee guida nazionali e regionali esistenti.					
	Livello a cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	La ricognizione: programmazione, realizzazione, diffusione	Programmazione e avvio della ricognizione	Stesura di un report coi risultati della ricognizione e diffusione del report a livello aziendale ed extra aziendale	-----	-----	-----
	Realizzazione del corso di formazione nelle ASL	Pianificazione di modello/prototipo del corso di formazione per gli operatori delle ASL/ASO interessate	Almeno 1 corso di formazione attivato / corsi programmati	Almeno 2 corsi di formazione realizzati	Diffusione dei materiali didattici e realizzazione del corso nel 50% delle ASL	Realizzazione del corso nel 100% delle ASL

Indicatore sentinella: Costituzione/ formalizzazione gruppi fumo aziendali/ASL	30%	50%	80%	Mantenimento in tutte le ASL	Mantenimento in tutte le ASL
Interventi di counselling rivolti a pazienti afferenti ad ambiti sanitari realizzati dalle ASL/ASO	-----	Almeno 2 interventi attivati che utilizzino la metodologia del counselling	Almeno 2 interventi attivati che utilizzino la metodologia del counselling	Almeno 2 ambiti sanitari in ogni ASL attivano interventi con la metodologia del counselling	Almeno 2 ambiti sanitari in ogni ASL attivano interventi con la metodologia del counselling
Monitoraggio attività erogate dai centri di disassuefazione	Prosecuzione rilevazione attività centri di disassuefazione della Regione	Pubblicazione del report con individuazione aree di appropriatezza		Individuazione aree di criticità	Produzione delle raccomandazioni e loro diffusione

Azione 4.2.3 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 Accorpa l'azione 4.2.4	Obiettivi dell'azione - Garantire percorsi di training basati sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e di interventi specifici brevi nelle aziende sanitarie piemontesi. - 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); - ridurre, di conseguenza, la prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio.			OSR cui si riferisce OSR 4.2. Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici		
	Descrizione dell'azione Nell'impossibilità di avviare un tavolo intersettoriale rappresentato non solo dal settore sanitario, nel 2016 si è proceduto alla definizione di un gruppo di lavoro composto esclusivamente da operatori appartenenti al Servizio Sanitario. Il gruppo, sulla base dello specifico know how professionale, ha predisposto e realizzato in maniera condivisa con i Servizi di Alcologia delle ASL la formazione dei formatori ASL che, a loro volta, attueranno i corsi all'interno delle ASL di appartenenza. Il primo indicatore sentinella è stato rimodulato e si riferisce alla formazione, attuata a livello regionale, dei formatori delle ASL. L'atteso 2018 è la valutazione della qualità della formazione attuata attraverso l'analisi delle ricadute a livello locale nel primo anno di applicazione, mentre nel 2019, a seguito dell'attuazione dei corsi a cascata in tutte le ASL, sarà redatto il report finale. Questa azione accorpa la 4.2.4, "Diffusione e messa in pratica all'interno delle ASL degli interventi specifici brevi per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol", in quanto gli interventi di identificazione precoce e di counselling successivo saranno attuati in coerenza con la formazione prevista. La presente diventa quindi l'unica azione relativa alla riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol. La rimodulazione della ex azione 4.2.4 riguarda essenzialmente la partecipazione multidisciplinare ai corsi formativi implementati a livello aziendale. Il format specifico di training che è stato progettato ha previsto una formazione "a cascata" per le ASL non rivolta in maniera indiscriminata a tutti gli operatori sanitari, bensì ad operatori di Servizi e Strutture, ospedaliere e territoriali, che hanno tra gli obiettivi la riduzione/contrasto del bere a rischio. Pertanto, lo standard atteso e la sua misurazione dovrà riguardare il grado di coinvolgimento degli operatori di servizi e strutture a cui è stato effettivamente proposto il corso.					
	Livello a cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Coordinamento delle iniziative formative	Contatti e individuazione membri del gruppo di lavoro alcol	Insediamento gruppo di coordinamento sua formalizzazione Definizione di un format specifico per i training	Monitoraggio e valutazione delle iniziative implementate nelle ASL nell'anno precedente ed eventuali revisioni del format	Report intermedio di monitoraggio delle iniziative formative implementate nelle ASL	Report finale delle attività del gruppo di lavoro alcol e sua diffusione
	Indicatore sentinella: Realizzazione corsi di formazione da parte delle ASL	---	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 ha effettuato almeno un corso	Il 100% delle ASL piemontesi ha effettuato almeno un corso

Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di bere meno	ASSENTE (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	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 (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%	Prevalenza di consumatori a maggior rischio 16,2%
Eventi formativi implementati a livello regionale		Almeno 1 corso a livello regionale per formatori delle ASL	Almeno quattro 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: 3% dei MMG 3% degli operatori sanitari ospedalieri 3% degli operatori sanitari del territorio	Nelle ASL che hanno implementato gli eventi formativi deve essere coinvolto almeno il 5% degli operatori sanitari destinatari	Nelle ASL che hanno implementato gli eventi formativi deve essere coinvolto almeno il 5% degli operatori sanitari destinatari

Azione 4.2.5 Consolidamento delle modalità operative del MET (modello operativo di esercizio-terapia) e ampliamento delle integrazioni con i Servizi specialistici per le MCNT	Obiettivi dell'azione Implementare e approfondire il modello operativo di esercizio-terapia "MET" (prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico) già sviluppato ed applicato nell'ASL "Città di Torino" per definire e adottare indirizzi regionali di promozione e utilizzo metodico dell'esercizio fisico nei pazienti con patologie croniche.				OSR cui si riferisce OSR 4.2. Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici
	Descrizione dell'azione Le attività previste sono: - Prosecuzione dello sviluppo delle attività di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico per pazienti con MCNT dei Servizi specialistici dell'ASL "Città di Torino" e di altre Aziende ospedaliere del territorio. - Collaborazione con il Centro Regionale Trapianti per l'attuazione del Progetto Nazionale di ricerca "Trapianto... e adesso Sport" nella Regione Piemonte e definizione delle modalità operative per la continuazione delle attività dopo la sua conclusione. - Collaborazione con la Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta per l'avvio di attività di utilizzo metodico dell'esercizio fisico anche con la prescrizione nel paziente con patologia oncologica. - Prosecuzione delle attività del gruppo di lavoro multi-disciplinare dell'ASL "Città di Torino", con redazione nel 2019 di un report finale sugli sviluppi del MET - Definizione di una modalità sistematica di raccolta dati per la valutazione dei risultati clinici e funzionali e di protocolli operativi, al fine di adottare indirizzi regionali, da diffondere attraverso apposita formazione e azioni di sensibilizzazione. È stato rimodulato il primo indicatore sentinella, che conteneva 2 valori numerici, privilegiando il n. di ambiti specialistici coinvolti in quanto esprime il livello di integrazione multidisciplinare raggiunto, mentre il n. di servizi specialistici partecipanti è significativo del livello di collaborazioni costruite e viene mantenuto come indicatore di processo (non sentinella) al fine di valorizzare entrambe le prospettive. Si mantiene inoltre il n. pazienti trattati quale indicatore di processo non sentinella. Il documento di indirizzo regionale per la promozione dell'esercizio fisico nei pazienti con patologie croniche, predisposto nel 2017, sarà adottato formalmente nel 2018 e diffuso nel 2019 attraverso apposita formazione. Il coordinamento complessivo dell'azione è svolto in collaborazione con la SSD Medicina dello Sport ASL "Città di Torino".				
	Livello a cui si colloca: Regionale				
	Periodo di attuazione: 2015-2019				
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
		2015	2016	2017	2018
	Indicatore sentinella: N. discipline specialistiche coinvolte nei percorsi attivati	N. ambiti specialistici per MCNT > 5 N. pazienti trattati > 50	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 60	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 70	N. discipline specialistiche per MCNT partecipanti > 6
	N. servizi specialistici coinvolti nei percorsi attivati				N. complessivo servizi specialistici partecipanti > 10
	N. pazienti trattati				N. pazienti trattati > 80
					N. pazienti trattati > 80

	Realizzazione delle attività previste nel progetto nazionale di ricerca "Trapianto... e adesso Sport"	Completamento dei test basali di valutazione clinico-funzionale e avvio della fase di somministrazione dell'esercizio fisico	Completamento delle fasi operative previste dal progetto nazionale. N. pazienti coinvolti > 29	Documento su modalità operative di collaborazione tra Servizio Pubblico di Medicina dello Sport e Coordinamento Regionale Trapianti	-----	-----
	Realizzazione di attività secondo il "MET" con la Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta	Organizzazione di almeno un corso per Fitwalking Leaders	Avvio di almeno 1 specifico percorso di esercizio-terapia per pazienti oncologici	Prosecuzione di almeno 1 percorso di esercizio-terapia per pazienti oncologici	-----	-----
	Indicatore sentinella: Definizione di indirizzi regionali per la promozione dell'esercizio fisico nei pazienti con patologie croniche	Redazione piano di lavoro del gruppo multi-disciplinare del Centro di Esercizio-Terapia ASL TO1 per lo sviluppo delle attività del MET	Report di attività intermedio	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	Adozione degli indirizzi regionali con relativi protocolli operativi	Almeno un evento formativo specifico su indirizzi regionali e relativi protocolli
	Realizzazione di incontri/seminari/convegni/corsi	Definizione di "format" di presentazione	N. edizioni: almeno 2 annuali	N.edizioni: almeno 2 annuali	-----	-----

Azione 4.1.3 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	Obiettivo dell'azione 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 specialistici che trattano MCNT.	OSR cui si riferisce OSR 4.1. 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.) OSR 4.2. Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici				
	Descrizione dell'azione Si intende aumentare conoscenze e consapevolezza del ruolo dell'esercizio fisico nelle MCNT e delle modalità di esercizio adeguate, dei percorsi sviluppati nell'azione 4.2.5, anche in ottica di collaborazione con i percorsi educativi dedicati agli stili di vita nei vari ambiti sanitari. L'azione consiste nella realizzazione di interventi (corsi, seminari, convegni, incontri) di sensibilizzazione e formazione inerenti il rapporto esercizio fisico-MCNT e l'utilizzo metodico dell'esercizio fisico nei percorsi di trattamento preventivo-terapeutico delle MCNT in correlazione con gli sviluppi dell'azione 4.2.5. Gli interventi sono rivolti a pazienti con MCNT o operatori sanitari impegnati nel trattamento delle MCNT. Possono prevedere contenuti teorici o teorico-pratici.					
	Livello a cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: N. di eventi informativi complessivi realizzati	≥ 5	≥ 5	≥ 5	≥ 10	≥ 10

Azione 4.1.4 Ricognizione dei percorsi educativo-terapeutici attivati localmente nelle strutture diabetologiche che, nell'ambito del PDTA-DM <i>Conclusa</i>	Obiettivo dell'azione Valutare la tipologia di percorsi educativo-terapeutici inerenti l'alimentazione e l'attività fisica, attivati localmente nelle strutture diabetologiche regionali.	OSR cui si riferisce OSR 4.1. 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.)				
	Descrizione dell'azione 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. <i>L'azione è conclusa.</i>					
	Livello a cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2016					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Ricognizione percorsi	Report sulla valutazione dati dei database esistenti	Strutturazione e attuazione della ricognizione a livello regionale Elaborazione dei dati ottenuti dalla ricognizione	-----	-----	-----	

Azione 4.1.5 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	Obiettivi dell'azione - 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. - Avvio di percorsi educativo-terapeutici, con le caratteristiche qualificanti identificate, in alcune strutture diabetologiche regionali.		OSR cui si riferisce OSR 4.1. 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.) OSR 4.2. Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici			
	Descrizione dell'azione L'interazione con la referente regionale del gruppo sul PDTA Diabete Mellito, attualmente non più attivo, ha portato alla conferma che i dati raccolti, attraverso il Registro Regionale Diabetici e gli altri database regionali, che hanno consentito nel 2015 la pubblicazione del Rapporto sul Diabete Mellito della regione Piemonte, non contengono dati inerenti i percorsi educativo-terapeutici riferiti agli stili di vita, attuati in diabetologia, quali strumenti terapeutici e preventivi. Ciononostante, a livello locale le strutture di diabetologia si sono dedicate alla raccolta delle buone pratiche inerenti i PDTA applicati nelle singole strutture. Nel 2018 si prevede di esaminare le buone pratiche raccolte al fine di individuarne punti di forza e criticità da presentare e discutere in un momento di restituzione/confronto (nel 2019) con le strutture.					
	Livello a cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Avvio percorsi evidence-based	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	Raccolta e analisi di interventi evidence-based svolti a livello locale	Workshop di restituzione/ confronto con gli operatori

Azione 4.1.6 Sperimentazione di un modello di lavoro ospedale-territorio con interventi di promozione di corretti stili di vita per pazienti ricoverati	Obiettivo dell'azione 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.		OSR cui si riferisce OSR 4.1. 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.)			
	Descrizione dell'azione Questa azione fa riferimento al progetto europeo triennale Empowering Hospital con capofila l'ospedale di Biella. Il progetto si concluderà nel 2018. L'anno seguente saranno diffusi i risultati del progetto, anche attraverso la disseminazione a livello regionale del manuale prodotto.					
	Livello a cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
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)	Diffusione a livello regionale del manuale prodotto a conclusione del progetto	

Azione 4.4.1 Utilizzo di tecniche partecipate per verifica di efficacia e fattibilità di interventi rivolti all’“utenza fragile”	Obiettivo dell’azione Pervenire ad un giudizio condiviso tramite la tecnica del “processo pubblico” o altre metodologie partecipate, rispetto all’opportunità di avviare interventi nel setting sanitario rivolti all’utenza fragile, in particolare sui seguenti temi: - supporto alle competenze genitoriali (es. promozione allattamento al seno, ecc.) attraverso le “home visiting”; - sostegno e orientamento a <i>caregivers</i> (persone che si occupano di familiari anziani); - empowerment dei familiari e degli utenti dei Servizi Psichiatrici (UFE).			OSR cui si riferisce: OSR 4.4 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		
	Descrizione dell’azione 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. Le attività previste sono: - raccolta di materiale documentale: individuazione ed analisi di letteratura scientifica, EBP, meta analisi e buone pratiche sui temi individuati; - ricognizione sulle esperienze in atto nelle ASL piemontesi; - individuazione degli attori del processo; - organizzazione dei seminari formativo/informativi con la metodologia del processo e con accreditamento ECM; - realizzazione del processo; - valorizzazione e diffusione dei risultati emersi durante il processo; - avvio di uno studio di fattibilità degli interventi selezionati come efficaci e sostenibili. Nel 2018 sarà realizzato un evento informativo/formativo, relativo al benessere dei care-giver, sotto forma di laboratorio. Nel 2019 sarà pubblicato e valorizzato il report di tale evento.					
	Livello a cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Realizzazione “processi”	Programmazione Cronoprogramma degli eventi Definizione tavoli di lavoro	Realizzazione del primo “processo” Redazione e pubblicazione report	Realizzazione del II “processo” Redazione e pubblicazione report	Realizzazione di evento informativo/ formativo (laboratorio)	Report dell’evento informativo/formativo	

Azione 4.1.7 Testare la trasferibilità nei DSM del metodo del “Dialogo Aperto” per il trattamento dei sintomi di esordio in pazienti con crisi psichiatrica	Obiettivi dell’azione - 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); - selezionare e formare operatori dei DSM ASL Città di Torino che vogliano sperimentare l’utilizzo del nuovo metodo di trattamento e costituire le equipe mobili; - 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; - 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.				OSR cui si riferisce OSR 4.1. 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.)
	Descrizione dell’azione Il progetto CCM è concluso. Permangono attività di disseminazione, a cura degli operatori formati, all’interno di una rete nazionale derivante dal progetto. In particolare, gli operatori formati dal progetto all’interno dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) dell’ASL Città di Torino hanno individuato nei Centri Adolescenti un luogo privilegiato per intercettare precocemente i segnali di disagio che possono esitare in sofferenza mentale: si intende pertanto costituire sperimentalmente un canale dedicato per la presa in carico con il metodo del “Dialogo Aperto” tra i due centri dell’ASL Città di Torino e i relativi DSM. Sarà valutata la trasferibilità, anche a partire dalla raccolta di eventuali esperienze attive nelle altre ASL piemontesi.				
	Livello a cui si colloca: Regionale e ASL Città di Torino				
	Periodo di attuazione: 2015-2019				
	Indicatori di processo				
	Standard per anno di applicabilità				
	2015	2016	2017	2018	2019
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	—
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		4 giornate di supervisione	Due giornate di follow up
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	80% dei soggetti incidenti nel territorio della sperimentazione presi in carico col metodo del DA	—
Percentuale utenti DSM trattati con DA inviati dai Centri Adolescenti				60%	60%

Azione 4.1.9 Sperimentazione del modello Stepped Care Model (SCM) nell'ambito degli interventi di Psicologia di Cure Primarie Nuova	Obiettivo dell'azione Individuazione precoce e trattamento di problematiche psicologiche “non severe” nel contesto delle cure primarie con intervento basato sullo Stepped Care Model (SCM).		OSR cui si riferisce OSR 4.1 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.)			
	Descrizione dell'azione Per il 2018/2019 si prevede di sperimentare e valutare la sostenibilità e trasferibilità di un modello di intervento per la promozione della salute mentale: la metodologia della Psicologia delle Cure Primarie basata sullo Stepped Care Model (PCPsy) che si fonda sull'adozione di interventi terapeutici evidence-based, multiprofessionali, integrati e collaborativi, che consentano di affrontare in modo appropriato e tempestivo i disagi psicologici non severi al loro esordio, di incrementare il benessere individuale e diminuire l'utilizzo improprio e i costi del Sistema Sanitario. L'Organizzazione Mondiale della Salute raccomanda che i disturbi mentali non severi siano trattati in un contesto di cure primarie, ponendo attenzione a efficacia, efficienza, facilità di accesso ed equità. Nell'ASL TO3 è in corso una sperimentazione di tale modello che sarà valutata nel biennio: nel 2018 sarà elaborato il piano di valutazione, nel 2019 saranno valorizzati e diffusi i risultati della valutazione stessa.					
	Livello a cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2018-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Piano di valutazione della sperimentazione e sostenibilità del modello				Piano di valutazione presente	Report sui risultati: valorizzazione e diffusione	

Azione 4.3.2 Stesura e validazione delle linee di indirizzo regionali in tema di accertamento ai sensi degli articoli 186, 186bis, 187 C.d.S.	Obiettivo dell'azione L'azione ha il duplice obiettivo di: - mappare il territorio piemontese (in raffronto a quello nazionale) rispetto ai diversi criteri di valutazione adottati dalle commissioni mediche locali; - redigere linee di indirizzo regionali in tema di accertamenti (anche grazie ai risultati della ricognizione).				OSR cui si riferisce OSR 4.3 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
	Descrizione dell'azione L'azione prevede la stesura di linee di indirizzo regionali in tema di accertamenti ai sensi degli artt. 186, 186 bis, e 187 del Codice della Strada, finalizzate ad affrontare in modo organico le svariate criticità connesse alla complessità e all'articolazione della materia, relativamente alla guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e psicotrope. A tal fine era previsto un gruppo di lavoro interistituzionale che non è mai stato costituito. Il documento sulle linee di indirizzo previsto per il 2017, a causa della mutata legislazione (L. 41/2016), sarà elaborato nell'anno 2018, tenendo conto degli approfondimenti tra cui il report relativo alle prassi in uso nelle diverse Procure della Repubblica, redatto nel 2017 di concerto con il Settore Assistenza sanitaria e socio sanitaria territoriale. Nel 2019, di conseguenza, sarà condotta l'indagine prevista per il 2018 per valutare il grado di applicazione delle linee di indirizzo nelle ASL.				
	Livello a cui si colloca: Regionale				
	Periodo di attuazione: 2015-2019				
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
		2015	2016	2017	2018
Costituzione Gruppo di Lavoro regionale	Sì				
Produzione e attuazione Linee di indirizzo regionali	-----	Report di raccolta e analisi delle esperienze	Produzione Documento Linee di indirizzo	Produzione Documento Linee di indirizzo	Report sullo stato di attuazione delle linee di indirizzo regionali
Applicazione linee di indirizzo regionali in tema di accertamenti ai sensi degli artt. 186, 186 bis, e 187 C.d.S	-----	-----	-----	-----	Almeno il 30% delle ASL coinvolte

Azione 4.3.3 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	Obiettivo dell'azione L'azione ha un duplice obiettivo: - mappatura dei corsi info-educativi realizzati dalle ASL per la prevenzione dell' incidentalità stradale; - definizione di indicazioni basate su prove di efficacia.			OSR cui si riferisce OSR 4.3 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		
	Descrizione dell'azione Sono previste attività di: - raccolta e 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), effettuata nel 2016; - 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, a partire dall'esperienza dell'ASL CN1. Nel 2017, nell'ambito del gruppo di lavoro previsto dall'azione 4.3.2, è stato valutato e validato il documento utilizzato nell'ambito dell'ASL CN1, in quanto ritenuto una buona pratica esportabile. Lo standard dell'indicatore sentinella è stato rimodulato al fine di prevedere nel 2018 una adeguata diffusione del documento a livello regionale anche nei confronti dei servizi esterni al Dipartimento di Prevenzione, mentre nel 2019 saranno realizzati i primi corsi di formazione sulla base delle indicazioni regionali.					
	Livello a cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Indicatore sentinella: Realizzazione corsi info-educativi secondo i criteri regionali	Avvio della ricerca e raccolta delle principali evidenze scientifiche ed esperienze nazionali e regionali in tema di corsi info-educativi	Produzione report di ricognizione corsi realizzati	Produzione documento di indicazione procedurale	Diffusione del documento di indicazione procedurale	Almeno un corso in ogni ASL realizzato secondo i criteri regionali	

Azione 4.3.4 Monitoraggio dell'andamento del fenomeno "incidenti domestici" attraverso la raccolta ed elaborazione dati di ricorso al PS per incidente domestico	Obiettivo dell'azione Monitoraggio dati dei PS degli ospedali della regione Piemonte per ricorso a seguito di incidente domestico.		OSR cui si riferisce OSR 4.3. 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			
	Descrizione dell'azione 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.					
	Livello a cui si colloca: Regionale e ASL Città di Torino					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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	Raccolta e analisi dati 2017
	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	Analisi comparata dati 2017
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	Riunione annuale di restituzione e confronto con i Referenti delle ASL	

Azione 4.3.5 Formazione sugli incidenti domestici	Obiettivo dell'azione Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG, PLS.		OSR cui si riferisce OSR 4.3. 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			
	Descrizione dell'azione 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.					
	Livello a cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Realizzazione prima edizione corso nelle ASL	Preparazione materiali didattici	Nel 50% delle ASL	Nel 100% delle ASL	Nel 100% delle ASL	Nel 100% delle ASL
	Evidenza dell'invio dei dati di PS	Una volta nell'anno	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	4 volte nell'anno

Azione 4.3.6 Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	Obiettivo dell’azione 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.		OSR cui si riferisce OSR 4.3. 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			
	Descrizione dell’azione Stante la persistente difficoltà di raccordo con i Centri Antiveleno, non presenti sul territorio regionale, il monitoraggio avviene esclusivamente attraverso i dati di Pronto Soccorso. Tali informazioni vengono annualmente raccolte insieme con i dati sugli incidenti domestici ed elaborati dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia. Pur non essendo esaustivi, a partire dal 2018, verrà prodotto un report di restituzione annuale ai Pronto Soccorso. Nel biennio 2018/2019 si intende continuare le suddette attività.					
	Livello a cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
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 e restituzione ai PS	Raccolta e analisi dati e restituzione ai PS	

Azione 4.2.6 Farmacia di comunità	Obiettivo e descrizione dell'azione Il progetto, parte del quale è stato finanziato nel bando CCM 2015, intende sperimentare il ruolo della farmacia come sede per: - 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; - 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. Il progetto si conclude a settembre 2018.				OSR cui si riferisce OSR 4.2 Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici	
	Livello a cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2018					
	Standard per anno di applicabilità					
	Indicatori di processo	2015	2016	2017	2018	2019
	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	_____	

Azione 4.1.8 Monitoraggio e Implementazione degli interventi di prevenzione e counselling nutrizionale in soggetti a rischio	Obiettivo dell'azione Monitorare l'offerta di prevenzione e counselling in ambito nutrizionale presente nelle ASL sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo.		OSR cui si riferisce OSR 4.1 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.)			
	Descrizione dell'azione L'azione consiste nel socializzare e diffondere le migliori esperienze aziendali relative alla gestione di attività ambulatoriali/ interventi di prevenzione individuali/di gruppo indirizzati a soggetti a rischio e implementare tali attività nelle ASL migliorandone l'efficacia e l'appropriatezza. 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. È emersa nel 2016-17 una criticità legata a differenti livelli di attuazione di azioni per la promozione di comportamenti alimentari salutari nelle ASL a causa di non omogenee conoscenze, abilità e motivazioni da parte degli operatori sanitari. Per tale ragione si ritiene opportuno intervenire con un programma formativo indirizzato a operatori sanitari, da attuare a cascata nelle ASL, su informazione, comunicazione e counselling in ambito nutrizionale. A seguito di una prima formazione dei formatori, le ASL dovranno inserire il corso nel programma formativo 2019. Si rimodula l’indicatore sentinella, eliminando l’attuazione del programma di implementazione degli interventi di prevenzione e counselling nutrizionale nelle ASL. Viene inserita la predisposizione del modulo formativo, da replicare a cascata nelle ASL a partire dal 2019.					
	Livello a cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Produrre un monitoraggio quali-quantitativo delle attività esistenti con analisi e socializzazione delle buone pratiche	Effettuazione monitoraggio	Evento formativo di socializzazione delle informazioni raccolte e condivisione indirizzi con i referenti delle ASL	-----	-----	-----
Indicatore sentinella: Formazione degli operatori su informazione, comunicazione e counselling in ambito nutrizionale	-----	30% delle ASL adottano il programma	50% delle ASL adottano il programma	Partecipazione al corso di almeno 2 operatori per ogni ASL	Attuazione della formazione a cascata nell’80% delle ASL	
N. attività integrate con politiche territoriali	-----	-----	30%	Almeno una attività integrata nel 50% delle ASL	Almeno una attività integrata nel 75% delle ASL	

PROGRAMMA 5

SCREENING DI POPOLAZIONE

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard per OSR
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	OC 1.12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	OSR 5.1. 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	<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> Indicatore per OSR 5.1 SCREENING MAMMOGRAFICO età 50-69 anni Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	Standard OSR 5.1 100%
		OSR 5.2. Piena implementazione del programma di screening cervico-vaginale con della copertura della popolazione bersaglio 25-64 anni.	Indicatore per OSR 5.2 SCREENING CERVICO-VAGINALE età: 25-64 anni Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale *	Standard OSR 5.2 100%
		OSR 5.3. 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	Indicatore per OSR 5.3 SCREENING COLO-RETTALE età 58 anni Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	Standard OSR 5.3 100%
	OC 1.13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	OSR 5.4. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche	<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> Indicatore per OSR 5.4 SCREENING MAMMOGRAFICO: Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio annuale	Standard OSR 5.4 60%
		OSR 5.5. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche	Indicatore per OSR 5.5 SCREENING CERVICO-VAGINALE: Numero di donne sottoposte a test di screening di primo livello / popolazione bersaglio annuale	Standard OSR 5.5 50%
		OSR 5.6. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per persone asintomatiche. 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	Indicatore per OSR 5.6 SCREENING COLO-RETTALE: Copertura da esami FIT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT / popolazione bersaglio annuale	Standard OSR 5.6 50 (58-69 anni)
	OC 1.14. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	OSR 5.7. Adozione di indirizzo programmatico per lo screening della cervice con introduzione del test HPV-DNA	Indicatore per OSR 5.7 Attuazione della DGR 21-5705 del 23/4/2013 e adozione degli indirizzi	Standard OSR 5.7.1 Sì
		OSR 5.8. 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	Indicatore per OSR 5.8 N. di Programmi che hanno introdotto il test HPV-DNA/Totale Programmi N. inviti HPV-DNA/Totale della popolazione target	Standard OSR 5.8 6/6 90%

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

* La popolazione bersaglio annuale per ciascun Programma 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 Programma 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

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-specifica¹. 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.

La DGR 27-3570 del 4/07/2016 ha ridefinito l'organizzazione dei programmi di screening, identificando 6 programmi locali², nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione delle aree territoriali omogenee.

La programmazione (e la rendicontazione, ai fini della pianificazione annuale dell'attività e del monitoraggio degli obiettivi per il PRP) dell'attività di screening viene predisposta dal responsabile di ciascun programma e viene inserita nei piani locali di prevenzione di ciascuna azienda afferente al programma stesso. Un elemento di novità importante è la disponibilità, dal 2017, di un fondo finalizzato all'attività di screening e la conseguente definizione di un budget vincolato sulla base del piano di attività di ciascun programma.

La DGR 27-3570 aveva previsto un periodo di transizione, che avrebbe dovuto concludersi nell'estate del 2017, nel corso del quale dovranno essere adottate le misure necessarie per la riorganizzazione dei programmi esistenti, in funzione della nuova configurazione territoriale. Il ritardo nell'avvio del nuovo applicativo ha determinato uno slittamento anche nell'attivazione delle procedure necessarie a garantire l'effettiva integrazione gestionale dei nuovi programmi che riaccorgano dipartimenti pre-esistenti. Si prevede che l'adeguamento dell'applicativo gestionale alla nuova configurazione territoriale del programma regionale possa essere completata per l'estate 2018.

Programma	Ex Dipartimento
1	1: ASL TO1-2, AOU Città della Salute e della Scienza, ASO Mauriziano
	2: ASL TO5
2	3: ASL TO 3
3	4: ASL TO4
5	5: ASL Biella, ASL Vercelli
	6: ASL Novara, ASL VCO, AOU Maggiore della Carità
4	7: ASL CN1, ASL CN2, ASO S Croce e Carle
6	8: ASL Asti
	9: ASL Alessandria; ASO SS Antonio, Biagio, Cesare Arrigo

Tabella 1. Nuova configurazione territoriale del programma di screening

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.

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

² L'uso del termine "programma" è qui riferito alle aggregazioni territoriali fra aziende sanitarie previste dalla DGR 27-3570 del 4/07/2016, che rappresentano l'evoluzione dei preesistenti Dipartimenti, da non confondere con i programmi che costituiscono articolazione del Piano regionale di prevenzione. A seguito di tale revisione organizzativa, è stato necessario riformulare gli indicatori di alcune azioni (5.1.2, 5.2.1, 5.3.1, 5.3.2, 5.9.1) sostituendo ai "Dipartimenti" i "Programmi" e rivedendo di conseguenza anche gli standard.

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.

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 in base alla storia di vaccinazione per HPV e dall'altro di condurre una valutazione della vaccinazione sulla base dei risultati dello screening. L'integrazione degli archivi screening con quelli delle vaccinazioni non è ancora realizzata, si prevede l'avvio della fase-test tra fine 2018 e inizio 2019.

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'udito³, 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-emotive, 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

³ Progetto CCM 2010 "Valutazione della costo-efficacia di un programma di screening audiologico neonatale universale nazionale", Relazione finale (www.agenas.it).

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^a e la 4^a settimana di vita del bambino e comunque non oltre la 10^a.

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,
- 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.

Nel 2016, il gruppo di lavoro ha elaborato una bozza di documento preliminare di analisi della situazione relativa alle malattie cardiovascolari in Piemonte (con focus sulle malattie ischemiche del cuore) e agli stili di vita correlati, corredato da una ricognizione di esperienze piemontesi, una ricerca bibliografica sull'evidenza di efficacia degli interventi riguardanti la prevenzione delle malattie cardiovascolari e alcune ipotesi di scenari di attuazione.

Il documento ha costituito la base per il confronto con un network di professionisti svoltosi a dicembre 2016, che ha evidenziato ulteriori punti di vista e informazioni utili per lo sviluppo dell'azione. In particolare, non sono emersi elementi a favore dell'attivazione di un nuovo screening di popolazione, quanto piuttosto la necessità di armonizzare, sostenere e implementare le molteplici iniziative già sperimentate, alcune con risultati interessanti; la ricognizione ha evidenziato come risultato particolarmente diffusa la pratica del counselling sugli stili di vita, che andrà pertanto sostenuta e implementata come competenza di base per le professioni sanitarie (v. azione 4.1.8).

Le possibili sinergie con altri programmi si riferiscono soprattutto a Guadagnare salute Piemonte - Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario.

Profilo di salute, trend dei fenomeni, dati di attività

Screening oncologici

I dati di **incidenza, mortalità e prevalenza** relativi ai tumori oggetti di interventi di screening sono disponibili online sul sito del CPO Piemonte (www.cpo.it) che riporta anche stime per ASL riferite all'anno 2015.

In sintesi, tra le donne il tumore della mammella resta il più frequente sia in termini di incidenza (3300 casi/anno) che di mortalità (825 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 (195 casi/anno) mentre la mortalità è avviata ad un sostanziale azzeramento (55 casi/anno).

Il tumore del colon-retto rimane il secondo per mortalità sia tra gli uomini (870 casi/anno) che tra le donne (745 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.

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

- screening mammografico, donne 45-75 anni: totale 962.694 (dati 31 dicembre 2016). 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): 1.172.073 (dati 31 dicembre 2016). 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: circa 60.000 persone 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.

Le attività precedentemente descritte a livello regionale vengono programmate con le medesime modalità in riferimento alla popolazione dei 6 Programmi di screening.

I soggetti e Servizi attuatori a livello regionale ed eventualmente locale sono rappresentati da:

- Coordinamento regionale screening; CPO; Centri di Riferimento Regionali (mammella, cervice e colon-retto); CSI; Programmi di screening 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.

La baseline degli indicatori regionali di attività 2016 è illustrata di seguito.

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.

	VALORE OSSERVATO AL 31/12/2014	VALORE OSSERVATO AL 31/12/2016
SCREENING MAMMOGRAFICO: Copertura da inviti: età 50-69 anni – proporzione di inviti + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	70,2%	84,3%
Copertura da esami: Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio 50-69 anni	47,0%	55,0%
SCREENING CERVICO-VAGINALE: Copertura da inviti: Numero donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione	78%	86,2%
Copertura da esami: età 25-64, esecuzione di un numero di esami di screening di primo livello / popolazione bersaglio annuale	43,2%	48,9%
SCREENING COLO-RETTALE: Copertura da inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione	80,2%	98,5%
Copertura da esami FOBT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FOBT / popolazione bersaglio	30,2%	43,8%

Tabella 1. Baseline indicatori regionali 2014 e 2016 screening oncologici

L’inserimento degli obiettivi del PRP tra gli obiettivi di risultato delle direzioni aziendali ha favorito un incremento della copertura per tutti e tre i programmi a partire dal 2015. Nei mesi immediatamente successivi all’avvio del nuovo sistema informativo di gestione del programma di screening (2017) si è verificato un rallentamento dell’attività, determinato dalla necessità di analizzare e risolvere problemi di malfunzionamento di alcune funzioni emersi nella prima fase di attivazione dell’applicativo. Nei mesi successivi l’attività si è comunque riallineata sui livelli necessari al raggiungimento degli obiettivi: la maggior parte dei programmi (5 su 6) garantisce la copertura di tutta la popolazione bersaglio e alcuni hanno anche recuperato parte del ritardo nella copertura da invito accumulato negli anni precedenti.

Screening neonatali

La popolazione bersaglio è rappresentata dai nuovi nati piemontesi, circa 31.000 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 e 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. Le rilevazioni effettuate per il 2016 e per il 2017 attestano una copertura superiore al 98% della rilevazione con otoemissioni dei nuovi nati e del 77% con otoemissioni e ABR per i neonati ricoverati in terapia intensiva. 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 2013-2016: i dati sono suggestivi per una anticipazione della protesizzazione in linea con le raccomandazioni, ma la situazione non è ancora ottimale.

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 e 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. Le rilevazioni effettuate per il 2016 e per il 2017 attestano una copertura superiore al 92% della rilevazione del riflesso rosso dei nuovi nati (un punto nascita ha rilevato il 50% dei neonati per un problema di attrezzature e per un altro punto nascita esiste un protocollo ospedale-territorio per il quale i neonati vengono inviati alla medicina del territorio) e del 36% per i neonati ricoverati in terapia intensiva. Il risultato della ricerca del riflesso rosso del BdS neonatale è trascritto sulla “Agenda della salute” e 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) (tabella 3).

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.

Anno	Età									
	0		1		2		3		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2013	5	23,8	11	52,4	3	14,3	2	9,5	21	100
2014	5	26,3	8	42,1	4	21,1	2	10,5	19	100
2015	6	35,3	7	41,2	1	5,9	3	17,6	17	100
2016	1	5,3	13	68,4	3	15,8	2	10,5	19	100
Totale	17	22,4	39	51,3	11	14,5	9	11,8	76	100

Tabella 2. Ricoveri per impianti cocleari (ICD IX-CM: 2096, 2097, 2098) per età del ricoverato. Anni 2013-2016. Soggetti residenti in Piemonte, ricoverati dentro e fuori regione. Fonte: elaborazione Dors su dati SDO, Schede di dimissione ospedaliera, Regione Piemonte

Diagnosi	Anno	Età									
		0		1		2		3		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anomalia congenita occhio (ICD IX-CM: 743)	2013	23	39,7	17	29,3	7	12,1	11	19	58	100
	2014	27	47,4	18	31,6	3	5,3	9	15,8	57	100
	2015	37	56,1	13	19,7	5	7,6	11	16,7	66	100
	2016	26	50	8	15,4	14	26,9	4	7,7	52	100
	Totale	113	48,5	56	24	29	12,4	35	15	233	100
Retinoblastoma (ICD IX-CM: 1905)	2013	1	5,6	5	27,8	4	22,2	8	44,4	18	100
	2014	8	23,5	19	55,9	6	17,6	1	2,9	34	100
	2015	3	3,9	21	27,6	38	50	14	18,4	76	100
	2016			2	3,3	21	35	37	61,7	60	100
	Totale	12	6,4	47	25	69	36,7	60	31,9	188	100
Totale	2013	24	31,6	22	28,9	11	14,5	19	25	76	100
	2014	35	38,5	37	40,7	9	9,9	10	11	91	100
	2015	40	28,2	34	23,9	43	30,3	25	17,6	142	100
	2016	26	23,2	10	8,9	35	31,3	41	36,6	112	100
	Totale	125	29,7	103	24,5	98	23,3	95	22,6	421	100

Tabella 3. Ricoveri per problemi oculari per età del ricoverato. Anni 2013-2016. Soggetti residenti in Piemonte, ricoverati dentro e fuori regione. Fonte: elaborazione Dors su dati SDO, Schede di dimissione ospedaliera, Regione Piemonte

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 (84,9 anni per le donne e 80,5 per gli uomini - dati 2016) 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 61 anni per gli uomini e 58 per le donne).

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 delle azioni previste

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 Programmi 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). 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 Programma 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 6 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.

Ha subito un rallentamento la definizione di linee di indirizzo per gli screening neonatali audiologico e oftalmologico, prevista nel 2017. L'attuazione degli screening è comunque proseguita in tutti i Punti nascita nel 2015-2017 ed è stata monitorata annualmente; con l'istituzione del Coordinamento dei Direttori DMI (2016) e del Centro regionale di coordinamento degli screening neonatali (previsto per il 2018) si intende riproporre la stesura di linee di indirizzo.

8. Screening malattie croniche non trasmissibili

Il documento preliminare elaborato nel 2016 dal gruppo di lavoro riporta informazioni relative alle malattie cardiovascolari in Piemonte (con focus sulle malattie ischemiche del cuore) e agli stili di vita correlati, i risultati di una ricognizione di esperienze piemontesi, gli esiti della ricerca bibliografica sull'evidenza di efficacia degli interventi riguardanti la prevenzione della malattie cardiovascolari e, infine, alcune ipotesi di scenari di attuazione. Il documento ha costituito la base per il confronto con un network di professionisti svoltosi a dicembre 2016, che ha evidenziato ulteriori punti di vista e informazioni utili per lo sviluppo dell'azione. In particolare, non sono emersi elementi a favore dell'attivazione di un nuovo screening di popolazione, quanto piuttosto la necessità di armonizzare, sostenere e implementare le molteplici iniziative già sperimentate, alcune con risultati interessanti; la ricognizione ha evidenziato come risulti particolarmente diffusa la pratica del counselling motivazionale sugli stili di vita, che andrà pertanto sostenuta e implementata come competenza di base per le professioni sanitarie (v. azione 4.1.8).

Nel 2017 è stata inoltre individuata l'ASL TO3 quale territorio di sperimentazione del progetto "Ambulatorio cardiovascolare".

Nel 2018 si prevede di valutare la sperimentazione, che sarà conclusa e rendicontata in un apposito report entro fine 2018.

Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati

Un fattore rilevante è la 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.

Un altro fattore condizionante è la disponibilità di una anagrafe sanitaria aggiornata e accurata per la gestione degli inviti.

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

Monitoraggio e contrasto disuguaglianze

Le azioni previste dal programma per gli screening oncologici saranno sottomesse ad un esercizio di *health equity audit* per identificare eventuali esigenze di miglioramento dell'allocazione degli interventi per venire incontro alla distribuzione sociale del rischio. Era già stata condotta una esperienza di valutazione per il programma di screening del tumore del seno (Zengarini et al. 2016) e si prevede nel 2019 di sottoporre anche le azioni relative allo screening del carcinoma del colon-retto e della cervice uterina 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. Il primo screening è stato introdotto in anni più recenti e vi sono evidenze di

una maggiore consapevolezza del problema e di una maggiore copertura da attività spontanea tra le persone più istruite e/o con minori difficoltà economiche (Carrozzi et al. 2015). Per quanto riguarda il secondo, una specifica criticità è rappresentata dalla popolazione straniera, 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.

Zengarini N, Ponti A, Tomatis M, Casella D, Giordano L, Mano MP, et al. Absence of socioeconomic inequalities in access to good-quality breast cancer treatment within a population-wide screening programme in Turin (Italy). *Eur J Cancer Prev.* 2016;25(6):538-46.

Carrozzi G, Sampaolo L, Bolognesi L, Bertozzi N, Sardonini L, Ferrante G, et al.; Gruppo Tecnico PASSI. Economic difficulties keep on influencing early diagnosis of colorectal cancer. *Epidemiol Prev.* 2015;39(3):210.

Azione 5.1.1 Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico	Obiettivi dell'azione Raggiungere la piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico attraverso l'incremento dell'estensione reale (copertura da inviti).	OSR cui si riferisce OSR 5.1. 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 enni OSR 5.2. Piena implementazione del programma di screening cervico-vaginale con della copertura della popolazione bersaglio 25-64 anni OSR 5.3. Piena implementazione del programma con sigmoidoscopia (FS), garanzia degli inviti per la coorte delle persone 59-69 enni 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				
	Descrizione dell'azione 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.					
	Livello cui si colloca: Regionale e Locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo <i>Indicatori sentinella:</i>	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	SCREENING MAMMOGRAFICO Età: 50-69 anni Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	75%	85%	100%	100%	100%
SCREENING CERVICO-VAGINALE Età: 25-64 anni Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	70%	80%	100%	100%	100%	
SCREENING COLO-RETTALE Età: 58 anni Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	82%	85%	100%	100%	100%	

Azione 5.1.2 Screening mammografico	Obiettivi dell'azione Aumentare l'estensione e la copertura da esami delle donne di età 45-49 anni	OSR cui si riferisce OSR 5.1. 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 enni OSR 5.2. Piena implementazione del programma di screening cervico-vaginale con della copertura della popolazione bersaglio 25-64 anni				
	Descrizione dell'azione Invio con cadenza annuale della lettera che presenta l'offerta dello screening con mammografia a tutte le donne 45-49 enni con parallela riduzione dell'attività di mammografia clinica extra-screening e riorganizzazione dell'offerta di esami di screening. 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. Considerando i ritardi nella realizzazione di un adeguato livello di integrazione dell'attività spontanea nel programma organizzato e la scelta di inserire tra gli obiettivi del programma il recupero dei ritardi di copertura accumulati negli anni precedenti sulla fascia di età 50-69 anni, si rimodulano le scadenze previste per il completamento della copertura della donne 45-49 enni, rinviando al 2019 la scadenza prevista per il raggiungimento dell'obiettivo. Dal 2017, in base alla DGR 27-3570 del 4/07/2016, il programma di screening è stato riorganizzato in 6 programmi, che hanno accorpato alcuni dei 9 precedenti dipartimenti, pertanto tutti gli indicatori, e relativi standard, a partire dal 2018 fanno riferimento ai programmi.					
	Livello cui si colloca: Locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Numero di programmi che hanno inviato la lettera informativa/n. totale programmi	5/9	7/9	9/9	5/6	6/6
Numero di programmi che hanno attivato le procedure di reindirizzo delle donne che richiedono prenotazione di esami di controllo al CUP/n. totale programmi	5/9	7/9	9/9	6/6	6/6	

Azione 5.2.1 Introduzione del test HPV-DNA	Obiettivi dell'azione Implementazione del piano di introduzione del test HPV-DNA per le donne 30-64 enni	OSR cui si riferisce OSR 5.2. Piena implementazione del programma di screening cervico-vaginale con della copertura della popolazione bersaglio 25-64 anni OSR 5.5. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche OSR 5.7. Adozione di indirizzo programmatico per lo screening della cervice con introduzione del test HPV-DNA OSR 5.8. 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				
	Descrizione dell'azione Ogni Programma 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). Il passaggio al protocollo di screening con HPV è stato realizzato su tutto il territorio regionale a fine 2016. Considerando che l'ultimo Programma di screening ha avviato il percorso di riconversione solo a fine 2017, la copertura con test HPV di tutta la popolazione in età 30-64 anni sarà raggiunta solo ad inizio 2019, data la necessità di rispettare comunque il piano di sostituzione progressiva della modalità di screening, per garantire volumi di attività stabili per i centri di prelievo negli anni futuri. Pertanto lo standard 2018 dell'indicatore sentinella è stato rimodulato spostando al 2019 il raggiungimento della copertura completa. Dal 2017, in base alla DGR 27-3570 del 4/07/2016, il programma di screening è stato riorganizzato in 6 programmi, che hanno accorpato alcuni dei 9 precedenti dipartimenti, pertanto tutti gli indicatori, e relativi standard, a partire dal 2018 fanno riferimento ai programmi.					
	Livello cui si colloca : Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Attuazione della DGR 21-5705 del 23/4/2013 e adozione degli indirizzi	Sì					
Numero di programmi che ha avviato il programma con HPV primario	9	9	6	6	6	
Indicatore sentinella: Invitate a test HPV di primo livello nell'anno/ totale invitate nell'anno (complessivo regionale)	30%	40%	50%	80%	100%	

Azione 5.3.1 Screening colo-rettale	Obiettivi dell'azione Adozione della modalità di invito con lettera di preavviso	OSR cui si riferisce OSR 5.3. Piena implementazione del programma con sigmoidoscopia (FS), garanzia degli inviti per la coorte delle persone 59-69 enni 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 OSR 5.6. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per persone asintomatiche				
	Descrizione dell'azione 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. A causa del ritardo nell'attivazione del nuovo applicativo e dei problemi che si sono verificati nella fase di avvio, il CSI Piemonte non ha potuto nel 2017 realizzare gli interventi necessari a garantire la gestione di questa modalità di invito su tutti i programmi regionali. Si rende quindi necessario rimodulare le scadenze originariamente previste per il raggiungimento dell'obiettivo, e pertanto anche lo standard dell'indicatore sentinella. Dal 2017, in base alla DGR 27-3570 del 4/07/2016, il programma di screening è stato riorganizzato in 6 programmi, che hanno accorpato alcuni dei 9 precedenti dipartimenti, pertanto tutti gli indicatori, e relativi standard, a partire dal 2018 fanno riferimento ai programmi.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Numero di programmi che hanno inviato la lettera di preavviso/n. totale programmi	1	3	7	4/6	6/6
Proporzione di persone aderenti al primo invito alla sigmoidoscopia	24%	25%	27%	27%	30%	

Azione 5.3.2 Attività FOBT	Obiettivi dell'azione Integrazione dell'attività FOBT ambulatoriale entro il programma organizzato		OSR cui si riferisce OSR 5.3. Piena implementazione del programma con sigmoidoscopia (FS), garanzia degli inviti per la coorte delle persone 59-69 enni 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 OSR 5.6. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per persone asintomatiche			
	Descrizione dell'azione Riduzione del numero dei laboratori che effettuano il test e centralizzazione dell'attività. 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. L'evidenza disponibile indica che il test presenta indicazioni estremamente limitate al di fuori di un programma di screening (Peacock 2012 EJGH). I costi dell'attività ambulatoriale sono più elevati di quelli che si registrano per l'esecuzione del test nel programma di screening. La definizione di criteri condivisi con le società scientifiche per il reindirizzamento delle richieste di esami al fuori del programma di screening si è rivelata più complessa del previsto e non è ancora concluso il percorso di rivalutazione delle evidenze di letteratura. Si prevede di completare la fase di stesura delle raccomandazioni entro l'estate 2018 e di avviare quindi la diffusione delle indicazioni ai diversi programmi/ASL/ASO a partire dall'autunno 2018. Per quanto riguarda la centralizzazione delle attività di lettura, sono state completate le procedure di acquisto della strumentazione, verrà attivato nel 2018 il progressivo trasferimento dell'attività dai laboratori periferici al laboratorio dell'AOU Città della Salute di Torino (San Giovanni Antica Sede). Dal 2017, in base alla DGR 27-3570 del 4/07/2016, il programma di screening è stato riorganizzato in 6 programmi, che hanno accorpato alcuni dei 9 precedenti dipartimenti, pertanto tutti gli indicatori, e relativi standard, a partire dal 2018 fanno riferimento ai programmi.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Definizione e diffusione agli operatori della lista di indicazioni ammesse	Definizione della lista	Diffusione della lista ai CUP			
	Numero di programmi che adottano il nuovo protocollo per la prenotazione di esami extra screening	1	4	8	3	6
	Proporzione di esami extra-screening effettuati su persone in fascia di età di screening sul totale (screening+extra-screening)	40%	25%	20%	25%	20%
	Centralizzazione dei laboratori	Analisi dell'esistente e dei flussi	Definizione delle procedure di transizione e identificazione dei laboratori di riferimento	Procedure di gara per l'acquisto della strumentazione	Centralizzazione dell'attività	Centralizzazione dell'attività

Azione 5.4.1 Estensione e rafforzamento degli interventi per le donne straniere	Obiettivi dell'azione Estensione e rafforzamento degli interventi per le donne straniere	OSR cui si riferisce OSR 5.4. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche OSR 5.5. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche OSR 5.6. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per persone asintomatiche				
	Descrizione dell'azione - 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. - Prosecuzione nella diffusione del materiale informativo in lingua per le donne immigrate sul territorio regionale. - 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. - 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. - Coinvolgimento diretto dei sottogruppi interessati nella pianificazione degli interventi tramite focus group. Il settore comunicazione della regione ha predisposto le procedure per la realizzazione di una nuova campagna informativa, che prevede anche la produzione di materiale specifico per le donne straniere. Si prevede che il materiale sia disponibile nel corso del 2018.					
	Livello cui si colloca: Locale/Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Diffusione del materiale informativo sul territorio/ogni anno	Almeno una volta	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	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	Sì	

Azione 5.4.2 Qualità dei programmi di screening	Obiettivi dell'azione Promozione della qualità dei programmi di screening	OSR cui si riferisce OSR 5.4. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche OSR 5.5. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche OSR 5.6. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per persone asintomatiche				
	Descrizione dell'azione Proseguiranno le 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 monotematici 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. Le procedure attivate per promuovere e monitorare la qualità dei programmi di screening saranno anche uno dei temi della nuova campagna informativa che verrà lanciata nel corso del 2018.					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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	Effettuata valutazione
	Progettazione dell'attività formativa annuale sulla base del bisogno informativo identificato	Effettuata	Effettuata	Effettuata	Effettuata	Effettuata
	Realizzazione dell'attività progettata, su base annuale	Almeno 70%	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%	Almeno 80%	
Espletazione di tutte le pratiche relative al percorso ECM	Effettuata	Effettuata	Effettuata	Effettuata	Effettuata	
Valutazione dei questionari di apprendimento, di gradimento dei partecipanti al termine di ogni evento	Effettuata	Effettuata	Effettuata	Effettuata	Effettuata	

Azione 5.8.1 Completamento dell'anagrafe regionale delle vaccinazioni	Obiettivi dell'azione 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	OSR cui si riferisce OSR 5.8. 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				
	Descrizione dell'azione Il completamento dell'anagrafe regionale delle vaccinazioni (v. programma 8 “Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili”) è previsto per il 2019. L'integrazione degli archivi screening con quelli delle vaccinazioni non è ancora realizzato per problemi relativi all'attivazione del nuovo applicativo gestionale CSI e per il fatto che è ancora in corso la progettazione di una anagrafe unica regionale che prevede un linkage automatico con il database degli screening per trasferire in tempo reale i dati riguardanti le vaccinazioni HPV. Si prevede l'avvio della fase-test tra fine 2018 e inizio 2019.					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Proporzione di popolazione per cui è funzionante il linkage	-	20%	70%	50%	100%	

Azione 5.9.1 Interventi rivolti alle donne con rischio ereditario per tumore della mammella	Obiettivi dell'azione Sviluppo di interventi rivolti alle donne con rischio ereditario per tumore della mammella		OSR cui si riferisce OSR 5.9. Verificare le condizioni di fattibilità e le modalità più appropriate per il perseguimento di tale obiettivo a livello regionale			
	Descrizione dell'azione 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) dovrà essere definito nel 2018 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 è stato la costituzione di un gruppo interdisciplinare regionale con l'incarico di condurre e coordinare l'azione. Il gruppo ha definito un percorso che prevede il coinvolgimento delle Breast Units e dei GIC (gruppi interdisciplinari cure) della rete oncologica. Si ritiene che siano queste le sedi più idonee per l'identificazione e la presa in carico delle donne ad aumentato rischio di tumore della mammella. Anche se non viene esclusa l'opzione di utilizzare il programma di screening come canale per identificare e indirizzare ai centri di consulenza genetica donne che riferiscono condizioni potenzialmente associate ad un aumentato rischio di cancro mammario, la specificità di questo approccio è bassa e comporta quindi un utilizzo delle risorse disponibili meno efficiente rispetto all'approccio che prevede il coinvolgimento della Rete Oncologica. Nel 2019 si prevede l'attivazione delle procedure di presa in carico dei casi a rischio ereditario e dei consanguinei (almeno il 70% della casistica individuata) da parte delle breast unit già attive. Dal 2017, in base alla DGR 27-3570 del 4/07/2016, il programma di screening è stato riorganizzato in 6 programmi, che hanno accorpato alcuni dei 9 precedenti dipartimenti, pertanto tutti gli indicatori, e relativi standard, a partire dal 2018 fanno riferimento ai programmi.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Costituzione del gruppo regionale	Costituzione del gruppo	-	-	-	
	Definizione del protocollo	-	Definizione del protocollo	-	Definizione del protocollo	
	Numero di programmi nei quali viene attuata l'azione almeno in via sperimentale	-	-	4/9	---	---
	Casi a rischio avviati al percorso previsto dal protocollo / totale casi a rischio individuati	---	---	60%	40%	70%

Azione 5.11.1 Ricognizione screening neonatali	Obiettivi dell'azione		OSR cui si riferisce			
	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		5.11. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita 5.12. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita			
	Descrizione dell'azione					
	Attività realizzate nel 2016-2017:					
	- Attivazione di un tavolo regionale di esperti ed operatori dei singoli DMI (Coordinamento DMI), - Definizione di una griglia per la raccolta delle informazioni. - Invio del questionario e valutazione delle risposte. - Restituzione dei dati relativi al percorso screening audiologico e oftalmologico a tutti i punti della rete e agli stakeholders.					
	Con DGR n. 121-3856 del 4/08/2016 è stato istituito il Coordinamento dei direttori di Dipartimento Materno-infantile, con il compito, tra gli altri, di valutare e monitorare le diverse attività inerenti il percorso nascita. Fin dal 2015 è stata definita una griglia di rilevazione delle informazioni relative agli screening effettuati nei punti nascita, utilizzata per la rilevazione 2015 e 2016. I dati raccolti sono stati presentati nell'ambito del Coordinamento DMI.					
	Non è stato possibile redigere nel 2017 il previsto documento di indirizzo sulle modalità di effettuazione dei test di screening e sui percorsi di presa in carico dei neonati positivi. Nel 2018 è prevista l'attivazione del Centro regionale di coordinamento degli screening neonatali, che si considera il contesto più appropriato per lavorare alla definizione del previsto documento di indirizzo, la cui stesura viene pertanto posticipata al 2019.					
	Viene di conseguenza posticipata al 2019 anche la predisposizione e realizzazione di adeguate iniziative di formazione per gli operatori dei DMI e i pediatri di libera scelta.					
	Livello cui si colloca: regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015/2016					
Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
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	Attivazione del Centro di coordinamento Screening Neonatali	Documento di indirizzo redatto e messo a disposizione di tutti i DMI
Iniziative di formazione						Almeno 1 iniziativa di formazione realizzata/ programmate

Azione 5.11.2 Screening audiologico neonatale <i>Accorpa l'azione 5.11.3</i>	Obiettivi dell'azione Effettuare lo screening audiologico con otoemissioni in tutti i neonati Effettuare lo screening audiologico con otoemissioni e ABR in tutti i neonati che hanno richiesto terapia intensiva neonatale		OSR cui si riferisce 5.11. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita				
	Descrizione dell'azione La nuova azione assorbe le due preesistenti 5.11.2 - Screening audiologico con otoemissioni; 5.11.3 - Screening audiologico con otoemissioni e ABR, in quanto riferite al medesimo obiettivo specifico regionale. Proseguirà lo screening audiologico in tutti i Punti Nascita che già lo effettuano e si avvierà lo screening nelle situazioni eventualmente carenti. Proseguirà lo 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.						
	Livello cui si colloca: locale						
	Periodo di attuazione: 2016-2019						
	Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità				
			2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico sul totale dei Punti Nascita			90%	90%	100%	100%
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%	100%	

Azione 5.12.1 Screening oftalmologico neonatale <i>Accorpa l'azione 5.12.2</i>	Obiettivi dell'azione Effettuare il test con riflesso rosso in tutti i Punti Nascita per i neonati senza fattori di rischio. Effettuare lo screening della retinopatia del pretermine in tutti i neonati pretermine		OSR cui si riferisce 5.12. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita			
	Descrizione dell'azione La nuova azione assorbe le due preesistenti 5.12.1 - Test con riflesso rosso; 5.12.2 - Screening della retinopatia, in quanto riferite al medesimo obiettivo specifico regionale. Proseguirà lo 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 situazione eventualmente carenti. Proseguirà lo screening della retinopatia del prematuro in tutti i Punti Nascita/ TIN che già lo effettuano e si avvierà lo screening nelle situazioni eventualmente carenti.					
	Livello cui si colloca: locale					
	Periodo di attuazione 2016-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso sul totale dei Punti Nascita		90%	90%	100%	100%
N. di punti nascita che effettuano lo screening della retinopatia del pretermine sul totale dei Punti Nascita /TIN		90%	90%	100%	100%	

Azione 5.13.1 Monitoraggio del TSH neonatale	Obiettivi dell’azione		OSR cui si riferisce			
	Verificare e mettere a regime le modalità di comunicazione dei risultati del monitoraggio del TSH neonatale all’Osservatorio Nazionale Iodoprofilassi		5.13. Proseguire monitoraggio TSH neonatale e implementare flusso informativo			
	Descrizione dell’azione					
	Il test per l’ipotiroidismo congenito (TSH neonatale) viene eseguito su tutti i nuovi nati nei punti nascita piemontesi. Nel 2016 sono stati analizzati i campioni di 31.685 bambini (pari al 100% dei nati), 187 dei quali sono stati riesaminati per positività; l’incidenza dei casi selezionati (31) è di circa 1 su 1000. L’azione consiste nella verifica della qualità di funzionamento del sistema di trasmissione dei dati e nella predisposizione e realizzazione di adeguate misure di miglioramento. I dati anagrafici e anamnestici vengono attualmente trasmessi dai punti nascita, attraverso il modulo cartaceo, al Centro di riferimento per lo screening neonatale di Piemonte e Valle d’Aosta (AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Ospedale Infantile Regina Margherita), il quale provvede all’inserimento nel database e alla trasmissione al Ministero della Salute. Nel 2015 è stata avviata l’implementazione del flusso informativo verso il Ministero della Salute, finalizzato al monitoraggio della iodoprofilassi nella popolazione, proseguita nel 2016 con informazioni aggiuntive (Comune di residenza, Provincia, tipo di parto). Nel 2017 è stato realizzato il completamento del flusso con tutti i dati richiesti dall’Istituto Superiore di Sanità. Nel 2018 si intende monitorare la completezza dei dati inviati dai punti nascita; si prevede inoltre di avviare l’implementazione di una procedura “via web” di inserimento dati da parte dei punti nascita, che consentirà di migliorare la completezza dei dati, riferiti a tutti i neonati del bacino d’utenza (Piemonte e Valle d’Aosta). Verosimilmente, la procedura potrà essere estesa a tutti i punti nascita entro fine 2019. Contestualmente, sarà mantenuto il flusso informativo standardizzato proposto dall’ISS per la trasmissione dati.					
	Livello cui si colloca: regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015/2016					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
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	A regime	

Azione 5.10.1 Screening malattie croniche non trasmissibili	Obiettivi dell'azione 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.			OSR cui si riferisce 5.10. Avvio di uno studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT		
	Descrizione dell'azione Nel 2016, il gruppo di lavoro (<i>steering committee</i>) ha elaborato una bozza di documento preliminare di analisi della situazione relativa alle malattie cardiovascolari in Piemonte (con focus sulle malattie ischemiche del cuore) e agli stili di vita correlati, corredato da una ricognizione di esperienze piemontesi, una ricerca bibliografica sull'evidenza di efficacia degli interventi riguardanti la prevenzione della malattie cardiovascolari e alcune ipotesi di scenari di attuazione. Il documento ha costituito la base per il confronto con un network di professionisti svoltosi a dicembre 2016, che ha evidenziato ulteriori punti di vista e informazioni utili per lo sviluppo dell'azione. In particolare, non sono emersi elementi a favore dell'attivazione di un nuovo screening di popolazione, quanto piuttosto la necessità di armonizzare, sostenere e implementare le molteplici iniziative già sperimentate, alcune con risultati interessanti; la ricognizione ha evidenziato come risulti particolarmente diffusa la pratica del counselling motivazionale sugli stili di vita, che andrà pertanto sostenuta e implementata come competenza di base per le professioni sanitarie (v. azione 4.1.8). Nel 2017 è stata inoltre individuata l'ASL TO3 quale territorio di sperimentazione del progetto "Ambulatorio cardiovascolare". Nel 2018 si prevede di valutare la sperimentazione, che sarà conclusa e rendicontata in un apposito report entro fine 2018.					
	Livello cui si colloca: regionale, locale, puntuale					
	Periodo di attuazione: 2015-2018					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
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				
Indicatore sentinella: Avvio programma sperimentale		Studio di fattibilità agli atti	Individuazione territorio sperimentazione (atti regionali)	Report sull'avvio della sperimentazione, entro dicembre 2018	-----	

PROGRAMMA 6

LAVORO E SALUTE

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR
MO 7 Prevenire gli infortuni e le malattie professionali	OC 7.1. 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	OSR 6.1. Consolidare e implementare i sistemi informativi ed il loro utilizzo	Indicatore (azione 6.1.1): report regionale descrittivo dei rischi e danni Indicatore (azione 6.1.2): anagrafe aziende con rischio cancerogeno attuale qualificato	Standard OSR 6.1 Report regionale disponibile. Una iniziativa sul territorio regionale volta ai soggetti della prevenzione
	OC 7.2. Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	OSR 6.2. Aumentare la segnalazione delle malattie professionali	Indicatore (azione 6.2.1): N. di operatori sanitari formati all'utilizzo del sistema MALPROF/numero di operatori da formare Indicatore (azione 6.2.1): N. di interventi informativo/formativi rivolti ai MO-MMG-MC Indicatore (azione 6.2.1): report regionale descrittivo dei tumori ad alta frazione eziologica rilevati dai COR Indicatore (azione 6.2.1): N. di segnalazioni di patologie correlate al lavoro pervenute agli SPreSAL	Standard OSR 6.2 80% Almeno un intervento sul territorio regionale. Report regionale disponibile. + 5% rispetto al 2014
	OC 7.3. Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	OSR 6.3. Sostenere le funzioni degli RLS e RLST	Indicatore (azione 6.3.1): N. di iniziative di informazione/assistenza Indicatore (azione 6.3.1): report regionale relativo alle attività svolte a supporto di RLS/RLST, imprese ed altri soggetti della prevenzione	Standard OSR 6.3 Almeno 2 iniziative sul territorio regionale. Report regionale disponibile
	OC 7.4. Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale	OSR 6.4. Sostenere i soggetti della prevenzione, diffondere e promuovere l'utilizzo di strumenti di supporto alle imprese	Indicatore (azione 6.3.1): report regionale relativo alle attività svolte a supporto di RLS/RLST, imprese ed altri soggetti della prevenzione Indicatore (azione 6.4.1): aggiornamento e pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi Indicatore (azione 6.4.1): documento contenente le procedure per l'accertamento degli adempimenti relativi alla formazione	Standard OSR 6.4 Report regionale disponibile. Pubblicazione on line di almeno 2 aggiornamenti. Approvazione e diffusione documento
	OC 7.5. Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	OSR 6.5. Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo	Indicatore (azione 6.5.1): predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo Indicatore (azione 6.5.1): N. di ASL che effettuano attività di informazione-vigilanza sulla tematica/totale delle ASL	Standard OSR 6.5 Approvazione e diffusione del documento. 70%
	OC 7.6. Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	OSR 6.6. Consolidare i percorsi formativi nell'ambito della rete delle scuole che promuovono la sicurezza	Indicatore (azione 6.6.1): N. di percorsi formativi diretti a insegnanti delle scuole	Standard OSR 6.6 Almeno 2 moduli di aggiornamento
	OC 7.7. 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	OSR 6.7. Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza fra Enti, anche attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione	Indicatore (azione 6.7.1): N. di ASL che effettuano attività di vigilanza coordinata-congiunta/ totale delle ASL Indicatore (azione 6.7.1): report regionale di attività degli OPV Indicatore (azione 6.7.2): report sull'applicazione del Piano Regionale Edilizia Indicatore (azione 6.7.3): N. di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura/ totale delle ASL Indicatore (azione 6.7.3): N. di ASL che effettuano attività di vigilanza congiunta in agricoltura/totale delle ASL	Standard OSR 6.7 80% Report regionale disponibile Report in tutte le ASL. 100% 50%
	OC 7.8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	OSR 6.8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza	Indicatore (azione 6.8.1): N. di documenti di linee di indirizzo operative/check-list sulla vigilanza prodotti	Standard OSR 6.8 1 documento

Quadro strategico

Il macro obiettivo 7 “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.

Principali attività di vigilanza	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
N. aziende controllate	7.774	8.282	9.713	9.930	10.170	10.237	9.761	10.408
LEA 5% (az. controllate su az. da controllare)	4,00	4,05	5,03	5,17	5,29	5,32	5,22	5,57
N. cantieri ispezionati	2.473	2.541	2.621	2.608	2.505	2.498	2.469	2.334
N. cantieri non a norma	1.534	1.562	1.550	1.460	1.326	1.133	1.042	973
% cantieri non a norma su cantieri ispezionati	62,03	61,47	59,14	55,98	52,93	45,36	42,20	41,68
N. cantieri notificati	26.183	28.545	27.389	26.276	26.523	24.795	26.123	26.674
% cantieri controllati su notificati	9,45	8,90	9,57	9,93	9,44	10,07	9,56	8,75
N. cantieri ispezionati congiuntamente con altri Enti	214	290	296	381	405	299	296	322
N. aziende agricole ispezionate	95	215	287	371	577	612	603	770
N. inchieste infortuni concluse	1.188	1.558	1.561	1.403	1.297	1.144	1.077	1.002
N. Inchieste malattie professionali concluse	732	905	979	976	959	891	780	797

Tabella 1. Sintesi dei dati generali di vigilanza, periodo 2009-2016

Pareri	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
N. piani bonifica (art. 256 DLgs 81/08) e notifiche pervenute (art. 250 DLgs 81/08)	4.493	4.804	5.310	5.815	5.775	5.444	5.845	6.143

Tabella 2. Sintesi dei dati relativi alla valutazione dei piani di bonifica amianto, periodo 2009-2016

Per il periodo 2018-2019 si intende continuare con le attività 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 7:

- dalla situazione di ripresa economica ci si attende un aumento dell’incidenza infortunistica, in particolare in agricoltura e nel comparto manifatturiero, ove si registra un aumento degli addetti a partire dal 2013. 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 2019 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 l’aumento degli addetti in agricoltura, si consolideranno le attività di vigilanza, formazione e informazione già programmate in tale comparto;
- saranno mantenute le attività rivolte a ridurre la presunta sottonotifica delle malattie professionali, compatibilmente con le risorse attuali. Le attività svolte nei primi anni di piano hanno fatto registrare un aumento delle segnalazioni nel 2015 (ultimo anno disponibile) rispetto al baseline. Anche nel 2019 l’obiettivo tendenziale è quindi di ottenere un aumento del 5% delle segnalazioni di malattia professionale rispetto al baseline.

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 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 i programmi 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 anche con i programmi Guadagnare salute. Il progetto di valutazione delle azioni messe in campo dalle reti di scuole del Piemonte nel 2009-2010, conclusosi nel 2015, ha infatti 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 2016 e il 2013 è del 2,3%. L'aumento riguarda prevalentemente il genere femminile (3,4%), mentre il saldo è 1,4% tra i maschi (fig. 1).

Gli occupati stanno aumentando in agricoltura (la variazione percentuale tra il 2016 e il 2013 è del +23,8%), in particolare nelle province di Asti, Alessandria e Biella (fig. 2). Sono ancora in calo gli occupati in edilizia (la variazione percentuale tra il 2016 e il 2013 è del -17,1%), in particolare in provincia di Torino (-22,7%), Asti (-22,6%) e Biella (-16,0%) (fig. 3).

Il comparto maggiormente rappresentato in Piemonte è quello dei servizi (121.533 imprese assicurate all'Inail nel 2015), seguito dalle costruzioni (69.504 imprese assicurate), dal commercio (34.848 imprese assicurate) e dalla metalmeccanica (23.693 imprese assicurate). Nei servizi l'attività più rappresentata è quella del lavoro d'ufficio (69%) seguita dal settore del turismo (20%) e dalle imprese di pulizie e nettezza urbana (5%). La struttura produttiva è per lo più costituita di imprese di piccole dimensioni: si tratta per il 94% di imprese con meno di 10 addetti o di lavoratori autonomi.

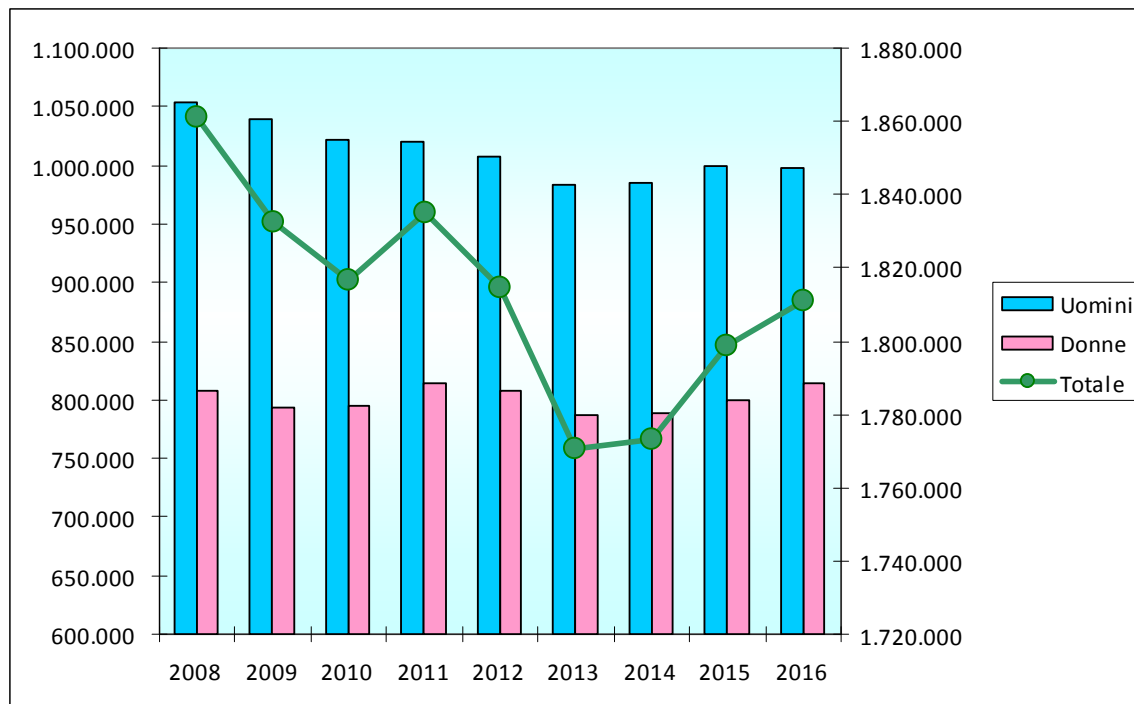


Figura 1. Occupati in Regione Piemonte 2008-2016, suddivisi per genere (Fonte ISTAT Forze Lavoro, elaborazione ORML Piemonte nov2017)

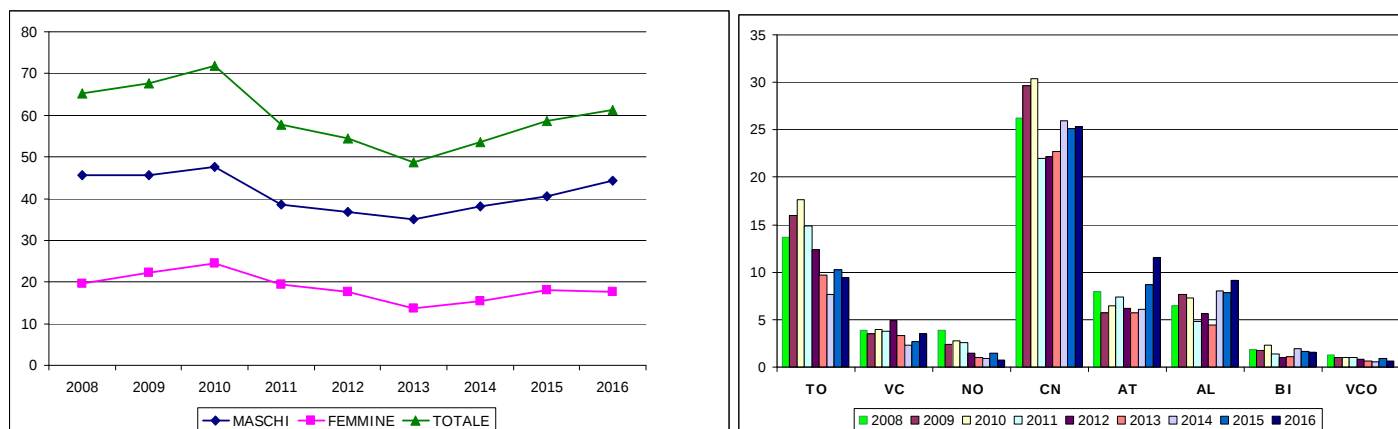


Figura 2. Occupati (in migliaia) in agricoltura 2008/2016 in Regione Piemonte, suddivisi per genere e Provincia (Fonte ISTAT, nov2017)

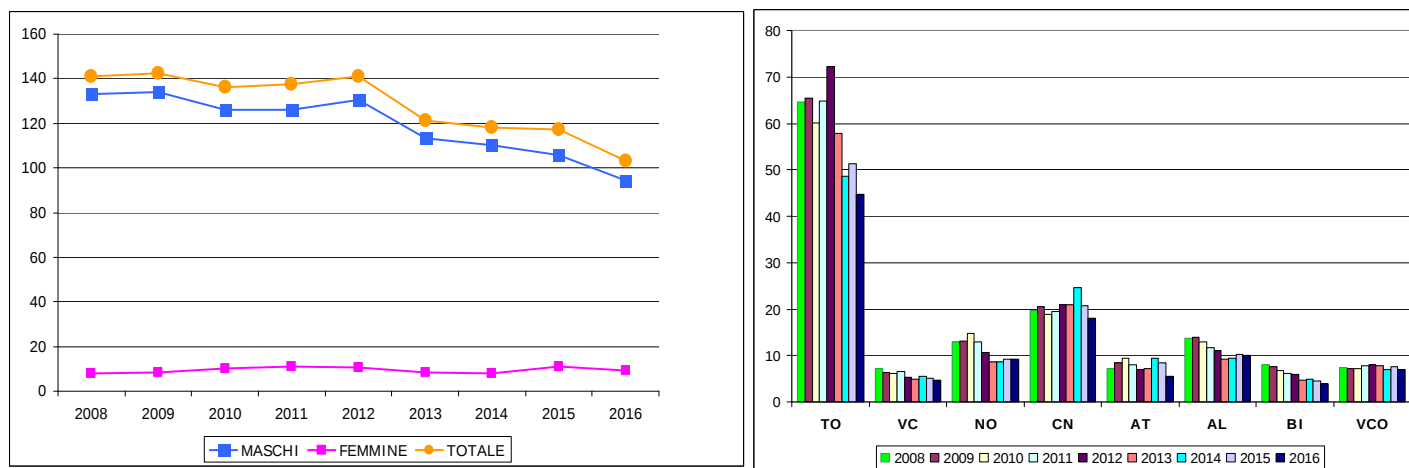


Figura 3. Occupati (in migliaia) in edilizia 2008/2016 in Regione Piemonte, suddivisi per genere e Provincia (Fonte ISTAT, nov2017)

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 (18% nel 2000, 22% nel 2006), come confermato dal trend per ASL nell'ultimo triennio disponibile 2013-2015 (fig. 5).

Anche i tassi di infortuni gravi totale e nelle costruzioni, utilizzati tra gli indicatori centrali quantitativi per misurare gli obiettivi di salute raggiunti, sono stabilmente inferiori rispetto a quelli nazionali. I valori misurati nel 2015 (ultimo anno disponibile) sono in diminuzione rispetto al baseline: - 13% sul totale dei settori ATECO; - 21% nelle costruzioni. Anche gli infortuni accaduti in agricoltura sono in diminuzione nel 2015 rispetto al baseline (- 19%). L'andamento andrà monitorato nei prossimi anni dal momento che, la ripresa economica illustrata al paragrafo precedente, ha un impatto atteso di aumento dell'incidenza infortunistica.

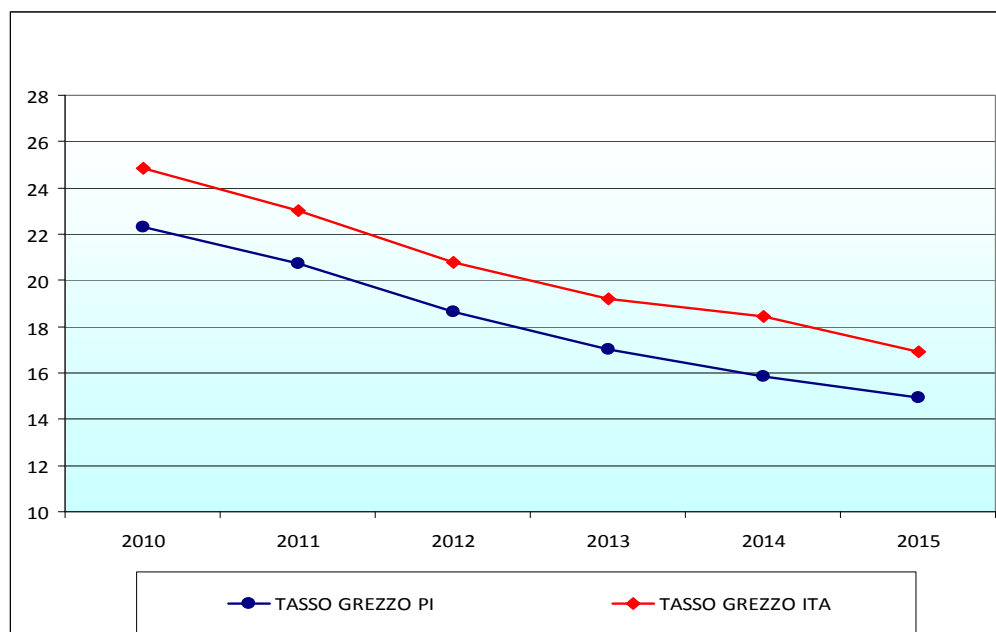


Figura 4. Tasso grezzo degli infortuni riconosciuti, Piemonte - Italia nel settore Industria, periodo 2010-2015 (Fonte INAIL, Flussi informativi edizione 2017)

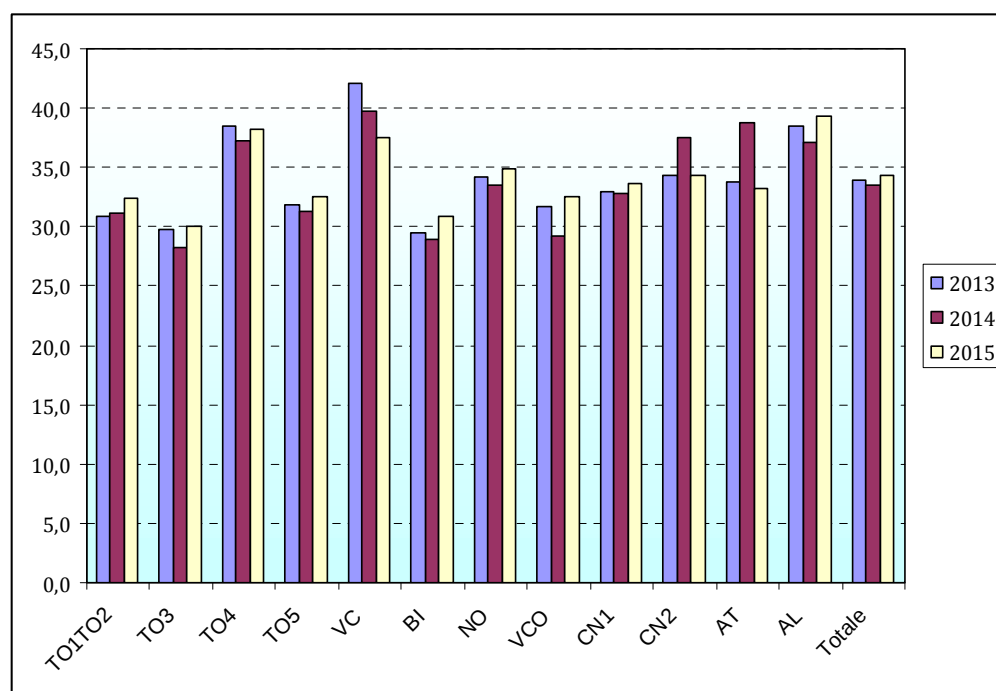


Figura 5. Percentuale di infortuni mortali o invalidanti o con prognosi superiore a 40 giorni sul totale in Piemonte nelle diverse ASL, periodo 2013-2015 (Fonte INAIL, Flussi informativi edizione 2017)

MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alessandria	162	155	176	192	184	239	222	202	242
Asti	103	102	101	136	116	162	140	204	202
Biella	38	37	50	38	39	37	52	48	68
Cuneo	246	283	362	383	394	353	338	357	363
Novara	109	115	104	98	159	114	107	200	162
Torino	1.254	1.252	1.166	1.038	1.093	907	897	1.028	879
Verbano Cusio Ossola	51	46	52	59	57	50	42	45	66
Vercelli	92	76	113	95	90	112	145	149	152
Totali	2.055	2.066	2.124	2.039	2.132	1.974	1.943	2.233	2.134
MALATTIE PROFESSIONALI DEFINITE POSITIVAMENTE									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alessandria	69	57	80	106	81	85	71	92	87
Asti	47	56	49	65	49	63	55	96	53
Biella	7	12	20	15	18	7	27	21	17
Cuneo	80	124	202	218	186	162	143	140	140
Novara	47	54	50	41	40	25	46	74	82
Torino	447	437	472	419	402	316	310	331	263
Verbano Cusio Ossola	34	30	29	36	28	17	21	29	43
Vercelli	42	31	47	42	42	50	66	71	50
Totali	773	801	949	942	846	725	739	854	735

Tabella 3. Numero di malattie professionali denunciate e riconosciute dall'INAIL in Piemonte, periodo 2007-2015 (Fonte INAIL, Flussi informativi edizione 2017)

L'andamento delle denunce di malattia professionale e del loro riconoscimento in Piemonte nel periodo 2007-2015 non è costante: sono presenti incrementi in almeno due momenti (2008-2009 e 2013-2014), ma anche altrettante diminuzioni. La situazione è eterogenea nelle diverse province (tab. 3).

Nel 2016 le notizie di malattia professionale pervenute agli SPRESAL del Piemonte sono state complessivamente 1739.

Azioni previste nel periodo

Sintesi complessiva delle azioni previste

6.1.1 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.

6.1.2 Predisporre un sistema di archiviazione informatizzato dei Registri di esposizione ad agenti cancerogeni.

6.2.1 Avviare iniziative atte al miglioramento qualitativo e quantitativo delle segnalazioni di malattia professionale (comprende anche ex Azione 6.2.2, Consolidare e implementare i sistemi di registrazione dei tumori professionali).

6.3.1 Svolgere attività di formazione e assistenza a RLS/RLST, imprese e soggetti della prevenzione (comprende anche ex Azione 6.4.2).

6.4.1 Fornire indicazioni operative per la formazione in materia di igiene e sicurezza del lavoro.

6.5.1 Promuovere iniziative in materia di stress lavoro-correlato.

6.6.1 Interventi formativi rivolti al mondo della scuola.

6.7.1 Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza fra Enti.

6.7.2 Applicazione del piano mirato di sicurezza in edilizia.

6.7.3 Applicazione del piano mirato di sicurezza in agricoltura.

6.8.1 Definizione di linee di indirizzo operativo e check-list per l'attività di vigilanza.

Come si evidenzia nell'elenco, nella rimodulazione del Piano sono state accorpate alcune azioni, rientranti nel medesimo filone di attività ed obiettivi, precisamente:

- l'azione 6.2.2, Consolidare e implementare i sistemi di registrazione dei tumori professionali, è stata inserita nell'azione 6.2.1, in quanto rientrante pienamente nell'obiettivo di aumentare le segnalazioni di malattia professionale, caratterizzate ancora da una notevole sottonotifica;
- l'azione 6.4.2, riguardante la formazione e l'assistenza alle aziende e più in generale ai soggetti della prevenzione, è stata accorpata con l'azione 6.3.1, relativa alle medesime attività rivolte ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS, RLST). In questo modo si prende in considerazione l'insieme delle attività svolte in questo ambito, in sintonia anche con la valorizzazione di questo filone di attività dei Servizi deciso a livello nazionale dal Gruppo Tecnico Interregionale.

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

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 ripresa della 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, così come la prosecuzione della collaborazione con ARPA Piemonte nell'ambito del rischio amianto e dell'igiene industriale.

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 si focalizza 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.

Le iniziative di formazione e assistenza saranno rivolte quindi anche alle imprese artigiane e microimprese, attivando in particolare 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 disuguaglianze 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 check-list per la vigilanza al fine di uniformare le attività delle strutture SPreSAL e ridurre le differenze geografiche legate a diversità di azioni condotte sul territorio.

Azione 6.1.1 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	Obiettivi dell'azione: inserire l'analisi dei bisogni e la programmazione tra le attività routinarie degli SPreSAL Descrizione dell'azione 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 descrittivi dei rischi e danni ove, a partire dall'analisi dei bisogni, si delineano le linee di programmazione per l'anno successivo. L'indicatore sentinella relativo al report regionale viene rimodulato per il 2018 in quanto necessario procedere preventivamente al perfezionamento dei report locali, al fine di predisporre nel 2019 il report regionale. Per quel che riguarda il sistema Informo saranno inoltre condotte attività per il miglioramento: - della qualità delle informazioni segnalate (tempestività, completezza e accuratezza); - della diffusione dei dati, integrati con i dati derivanti da Flussi; - delle azioni di comunicazione con particolare riferimento all'implementazione/diffusione dell'area focus infortuni sul lavoro del sito DoRS. Inoltre, si proseguirà, sulla base delle indicazioni nazionali, l'utilizzo del metodo per la ricostruzione anche degli infortuni gravi. Da parte di tutti i Servizi sarà consolidato l'utilizzo del sistema SPRESALWeb, finalizzato alla gestione ed alla rendicontazione delle attività degli stessi. A livello regionale si avvierà l'aggiornamento e il perfezionamento delle prestazioni di alcune sezioni dell'applicativo – che presentano ancora problemi di qualità nell'inserimento dei dati – a partire dalle sezioni riguardanti le denunce di infortunio, le segnalazioni di malattie professionali – in raccordo anche con il sistema MALPROF – e le notifiche inerenti i lavori edili ex art. 99/81. Riguardo le denunce di infortunio stante la criticità, per l'attività degli SPreSAL, derivante dal non ricevimento di tutti i dati inerenti gli eventi infortunistici, si tenderà ad implementare i flussi informativi verso gli stessi anche attraverso la definizione di protocolli specifici con gli enti detentori delle informazioni (INAIL, Questura). 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 sottonotifica 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 degli 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 sarà esteso a tutto il territorio regionale. Al fine di evitare duplicazioni e dispendio di risorse è stata riattivata la 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: - raccogliere e coordinare i flussi informativi; - rappresentare un punto strategico regionale di supporto ai decisori; - 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.; - rappresentare un collegamento con il Coordinamento Tecnico Interregionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Livello cui si colloca: regionale, locale Periodo di attuazione: 2015-2019	OSR cui si riferisce OSR 6.1. Consolidare e implementare i sistemi informativi ed il loro utilizzo
---	---	--

	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Report regionale descrittivo dei rischi e danni	Definizione dei contenuti minimi dei report regionali e locali	Report disponibile in almeno il 50% delle ASL	Report locali disponibili sul sito della Regione e di Dors e presentato al CRC	Report locali disponibili sul sito della Regione e di Dors e presentati al CRC	Report regionale disponibile sul sito della Regione e di Dors e presentato al CRC

Azione 6.1.2 Predisporre un sistema di archiviazione informatizzato dei Registri di esposizione ad agenti cancerogeni	Obiettivi dell'azione: incrementare il numero dei Registri di esposizione ad agenti cancerogeni trasmessi alle ASL e migliorare la qualità delle informazioni contenute			OSR cui si riferisce OSR 6.1. Consolidare e implementare i sistemi informativi ed il loro utilizzo		
	Descrizione dell'azione 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 DLgs 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. Dal 12 ottobre 2017 la trasmissione dei Registri da parte delle aziende avverrà per via informatica tramite piattaforma web dedicata gestita da INAIL. È previsto un accesso dei dati ai servizi delle ASL ad oggi non ancora definito nel dettaglio, che sarà oggetto dei lavori di uno specifico gruppo tecnico INAIL - Regioni, in via di formazione. Per tale motivo si sospende l'istituzione del sistema di registrazione informatizzato dei Registri previsto dal precedente Piano e dalla Programmazione annuale 2017. Sullo specifico argomento saranno attivate azioni di formazione degli operatori SPReSAL non appena disponibili le modalità di accesso al sistema INAIL. 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.					
	Livello cui si colloca: regionale, locale					
	Periodo di attuazione 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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	Realizzazione sul territorio regionale di una iniziativa di formazione volta ai soggetti della prevenzione	-----

Azione 6.2.1	Obiettivi dell'azione: attivare un sistema standardizzato di registrazione, coordinare i sistemi di registrazione di tumori ad alta frazione eziologica e aumentare le notizie delle malattie professionali		OSR cui si riferisce OSR 6.2. Aumentare la segnalazione delle malattie professionali			
Avviare iniziative atte al miglioramento qualitativo e quantitativo delle segnalazioni di malattia professionale	Descrizione dell'azione L'Azione 6.2.2, per coerenza con l'obiettivo dell'Azione 6.2.1, è stata accorpata a quest'ultima. Il presupposto per le attività previste in questa Azione è costituito dal fatto che 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. 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 rafforzare 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". Entrambe le attività si svilupperanno in relazione all'aggiornamento e al perfezionamento delle prestazioni di alcune sezioni dell'applicativo citato nell'Azione 6.1.1. Nel 2018 si procederà comunque all'individuazione di un referente per ASL. 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. Tale attività è in relazione anche alla funzione di valutazione dei ricorsi avverso il giudizio del medico competente ex art. 41 DLgs 81/08 effettuata dal personale medico degli SPreSAL. 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). Riguardo i sistemi di registrazione dei tumori professionali (precedente Azione 6.2.2), 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 del report periodico regionale. Riguardo i tumori a bassa frazione eziologica, è stata valutata la fattibilità dell'istituzione di un COR specifico per questi tumori, a partire dall'accesso alle basi dati per la generazione delle stime di rischio per neoplasia e branca di attività economica previste da OCCAM. Al momento, con le risorse disponibili, non si è in grado di attivare tale percorso.					
	Livello cui si colloca: regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
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	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	
Report regionale descrittivo dei tumori ad alta frazione eziologica rilevati dai COR			Definizione dei contenuti minimi	Report disponibile sul sito della Regione e di Dors, presentato e discusso con il CRC	Report disponibile sul sito della Regione e di Dors	

Azione 6.3.1 Svolgere attività di formazione e assistenza a RLS/RLST, imprese ed altri soggetti della prevenzione	Obiettivi dell'azione: Incrementare la consapevolezza del ruolo e le conoscenze di RLS e RLST, imprese ed altri soggetti della prevenzione	OSR cui si riferisce OSR 6.3. Sostenere le funzioni degli RLS e RLST OSR 6.4. Sostenere i soggetti della prevenzione, diffondere e promuovere l'utilizzo di strumenti di supporto alle imprese
<i>Accorpa l'azione 6.4.2</i>	Descrizione dell'azione L'Azione 6.3.1. è stata accorpata con l'Azione 6.4.2 stante l'affinità delle stesse, entrambe finalizzate a supportare i diversi soggetti della prevenzione. Anche gli indicatori sono stati accorpati, come si evidenzierà nella tabella sottostante. 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, questi soggetti possono concretamente contribuire alla programmazione degli interventi di prevenzione, alla messa in atto di provvedimenti idonei e alla verifica della loro efficacia. Parimenti importante è l'attività di supporto alle imprese, al fine di favorire l'adozione di buone prassi finalizzate alla prevenzione dei rischi e alla tutela della salute dei lavoratori. Al riguardo si proseguirà la realizzazione di iniziative sistematiche di informazione e formazione, sia di carattere generale che per target, gli interventi messi in campo privilegiano i comparti a maggior rischio infortunistico sui quali sono previsti piani mirati di intervento (edilizia e agricoltura), nonché le imprese artigiane e microimprese, i lavoratori autonomi. Particolare attenzione, inoltre, viene 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. Le attività inerenti questa azione proseguiranno negli anni 2018-2019, sulla base dei filoni già sviluppatasi negli ultimi anni: • informazione e assistenza a livello di ASL, attraverso gli sportelli informativi ed incontri a seguito di specifiche richieste o tematiche di interesse generale; • organizzazione di corsi/seminari di formazione e aggiornamento a livello locale; • mantenimento di strumenti di comunicazione già in essere a livello regionale: casella di posta elettronica Info.sicuri, sito internet dedicato; • 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; • 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 relevantissimo della struttura produttiva piemontese, in quanto il 95% delle imprese sono costituite da aziende con meno di 10 addetti e da lavoratori autonomi; • 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; • 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; • 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; • diffusione delle informazioni derivanti dai sistemi informativi e di sorveglianza (ad es: implementare il sito regionale con le informazioni divulgabili presenti nei flussi); • 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. Si evidenzia che l'attività inerente l'indicatore di processo della precedente Azione 6.4.2 (Report regionale sulle attività di promozione svolte), che prevedeva la diffusione delle buone prassi individuate sulla base delle priorità indicate dal CRC, non è stata sviluppata, stante le difficoltà operative del CRC. I due report previsti dalle azioni 6.3.1 e 6.4.2 saranno unificati in un solo report relativo alle attività svolte a supporto di RLS/RLST, imprese ed altri soggetti della prevenzione.	

	Livello cui si colloca: regionale, locale				
	Periodo di attuazione: 2015-2019				
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
		2015	2016	2017	2018
	N. di iniziative di informazione/assistenza svolte nei confronti di RLS/RLST		Realizzazione sul territorio regionale di almeno 2 iniziative	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, imprese ed altri soggetti della prevenzione				Definizione dello standard di Report regionale
					Predisposizione Report regionale

Azione 6.4.1 Fornire indicazioni operative per la formazione in materia di igiene e sicurezza del lavoro	Obiettivi dell'azione: 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		OSR cui si riferisce OSR 6.4. Sostenere i soggetti della Prevenzione, diffondere e promuovere l'utilizzo di strumenti di supporto alle imprese			
	Descrizione dell'azione					
	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. In questo ambito la Regione Piemonte:					
	1. prosegue nel lavoro di attuazione delle <i>Indicazioni operative per la formazione alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro</i> , approvate con deliberazione di Giunta regionale nel dicembre 2016, 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;					
	2. prosegue 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 DLgs 81/08 e rappresentativo delle forze sociali, degli enti e degli organi di vigilanza.					
	La valutazione della fattibilità dell'istituzione del "Libretto formativo del cittadino", previsto dal DLgs 276/2003, è stata eliminata in quanto di competenza dell'Assessorato alla formazione professionale. Riguardo le 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 – le ASL proseguiranno l'attività di vigilanza in materia, sulla base delle indicazioni contenuto nel Documento regionale diffuso agli SPreSAL nel 2017 (DD Settore Prevenzione e Veterinaria 9 marzo 2017).					
	Livello cui si colloca: regionale					
Periodo di attuazione: 2015-2019						
Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Indicatore sentinella: Aggiornamento e pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi		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	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti
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	-----	-----	-----

Azione 6.5.1 Promuovere iniziative in materia di stress lavoro-correlato	Obiettivi dell'azione: migliorare il benessere organizzativo nelle aziende pubbliche e private		OSR cui si riferisce OSR 6.5. Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo			
	Descrizione dell'azione					
	Sarà valutata la possibilità di riattivare il gruppo di lavoro regionale istituito 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> , al fine di fornire indicazioni operative e supporto tecnico-scientifico alle ASL e di monitorare l'andamento delle iniziative e il miglioramento delle condizioni di benessere nei luoghi di lavoro della sanità piemontese.					
	Nel 2016 il gruppo regionale costituito da esperti degli enti ASL TO1, TO3, Università degli Studi di Milano e dell'Aquila, Città della Salute e della Scienza di Torino, ha predisposto il documento di "Linee di indirizzo operativo in materia di stress lavoro-correlato", al fine di fornire a tutti i soggetti della prevenzione uno strumento comune per affrontare adeguatamente il rischio e conseguire effettivi risultati di prevenzione e tutela dei lavoratori.					
	Il documento è stato successivamente diffuso a livello di SPReSAL e CRC ed è ancora in attesa di approvazione in ambito di CRC.					
	Nell'anno 2017 i Servizi hanno effettuato attività di vigilanza e informazione riguardo il rischio stress lavoro-correlato, a partire dalle indicazioni fornite durante il corso svoltosi a livello regionale nel novembre 2016. Negli anni 2018-2019 le ASL proseguiranno tali attività, attivando piani mirati di controllo e informazione/assistenza 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 eventualmente con la DTL, stante la competenza di questo ente riguardo l'orario e i turni di lavoro, fattori che possono incidere in modo rilevante nella perdita del benessere lavorativo; si prevede di incrementare progressivamente il numero di ASL che attivano iniziative. I Servizi renderanno altresì sulle attività svolte su questa materia.					
	Negli anni 2018-2019 la Regione parteciperà al Gruppo Tecnico Interregionale che segue il rischio stress lavoro-correlato.					
Saranno promosse iniziative di iniziative formative e di aggiornamento sulla tematica volte agli stakeholder, anche in raccordo con i programmi "Guadagnare salute Piemonte".						
La Regione monitorerà le azioni messe in campo.						
Livello cui si colloca: regionale, locale						
Periodo di attuazione: 2015-2019						
Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Indicatore sentinella: Predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo		Predisposizione di bozza di documento	Approvazione e diffusione del documento	-----	-----	-----
N. di ASL che effettuano attività di informazione-vigilanza sulla tematica/totale delle ASL				30%	50%	70%

Azione 6.6.1 Interventi formativi rivolti al mondo della scuola	Obiettivi dell'azione: supportare le scuole nella gestione e sicurezza del lavoro		OSR cui si riferisce OSR 6.6. Consolidare i percorsi formativi nell'ambito della rete delle scuole che promuovono la sicurezza		
	Descrizione dell'azione				
	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. Negli anni 2018-2019, come già nel periodo precedente, verranno 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. 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. 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. Il progetto si articola in 4 fasi operative:				
	1. Progettazione del corso e selezione del gruppo di insegnanti da formare.				
	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;				
	2. Realizzazione del percorso formativo che sarà sperimentato in tre diversi seminari calibrati ai tre diversi gradi scolastici:				
	Seminario 1- Percorso di Formazione formatori rivolto agli insegnanti della Scuola primaria				
	Seminario 2- Percorso di Formazione formatori rivolto agli insegnanti della Scuola secondaria di I grado				
	Seminario 3- Percorso di Formazione formatori rivolto agli insegnanti della Scuola secondaria di II grado				
	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.				
4. Monitoraggio e valutazione dell'azione formativa. Realizzazione di specifici moduli di aggiornamento dei formatori.					
Tenuto conto che la normativa in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, oltre che in ambito scolastico, trova applicazione anche per gli studenti che realizzano i percorsi di alternanza scuola-lavoro in contesti esterni alle istituzioni scolastiche – in quanto gli stessi, ai sensi dell'art. 2 c. 1 lettera a) DLgs 81/08 sono equiparati a lavoratori – il gruppo di progetto, nonostante la specifica finalità didattica dei percorsi di alternanza scuola lavoro e la limitata esposizione ai rischi, ha elaborato uno specifico modulo di aggiornamento dedicato alla gestione della sicurezza in questo ambito, inserito nei percorsi di formazione rivolti agli insegnanti della scuola secondaria di II grado.					
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.					
Livello cui si colloca: regionale e locale					
Periodo di attuazione: 2015-2019					
Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018	2019
Indicatore sentinella: N. di percorsi formativi diretti a insegnanti delle scuole	Costituzione del Gruppo di lavoro e progettazione del 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	Realizzazione di almeno 2 moduli di aggiornamento

Azione 6.7.1 Promuovere il coordinamento della attività di vigilanza fra Enti	Obiettivi dell'azione: coordinare l'attività di vigilanza per una maggiore efficacia degli interventi		OSR cui si riferisce OSR 6.7. Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza fra Enti, anche attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione		
	Descrizione dell'azione				
	Tenuto conto della portata di alcuni grandi temi che riguardano la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro, la Regione intende rafforzare il confronto e la collaborazione con le altre Regioni per definire orientamenti ed azioni comuni ed integrate. Negli anni 2018-2019 il personale degli SPreSAL, individuato con apposito provvedimento, assicurerà la partecipazione ai lavori dei diversi tavoli interregionali portando il contributo regionale alla definizione di orientamenti ed indirizzi per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo nei diversi ambiti, impegnandosi a divulgare l'esito degli incontri ai servizi delle ASL, al CRC e ad inserire gli stessi orientamenti nella programmazione aziendale.				
	Si intende valutare la fattibilità di rilanciare l'attività dell'Ufficio Operativo Regionale (UO), anche alla luce dei cambiamenti verificatisi con la costituzione dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro che ha accorpato le funzioni di vigilanza di DTL (ora ITL), INPS e INAIL.				
	Proseguirà l'attività degli Organismi Provinciali di Vigilanza (OPV), consolidatasi negli anni 2015-2016 sulla base delle esperienze positive già condotte in alcune province. Gli enti che compongono gli OPV sono le ASL, con le strutture SPreSAL, le Direzioni Territoriali del Lavoro, INPS, INAIL (con la componente ex – ISPEL) e i Comandi Provinciali dei Vigili del Fuoco.				
	Ciascun OPV programmerà l'attività di vigilanza sulla base delle specificità territoriali, a partire dalle priorità decise già da tempo a livello regionale: edilizia, agricoltura, ambienti confinati e a rischio incendio. 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 inerenti i settori lavorativi presenti, 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.				
	Verranno seguite altre linee di attività di coordinamento fra gli enti:				
	- 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. 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; - rafforzamento dello scambio di informazioni tra Enti, nell'ambito dell'attività coordinata, per raggiungere una maggior efficacia degli interventi, evitare sovrapposizioni ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse; - 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.				
	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). La Regione monitorerà l'attività di coordinamento svolta ai vari livelli.				
	Livello cui si colloca: regionale, locale				
Periodo di attuazione: 2015-2018					
Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
	2015	2016	2017	2018	2019
N. di ASL che effettuano attività di vigilanza coordinata-congiunta/ totale delle ASL			40%	50%	80%
Report regionale di attività degli OPV	Report regionale	Report regionale	Report regionale	Report regionale	Report regionale

Azione 6.7.2 Applicazione del piano mirato di sicurezza in edilizia	Obiettivi dell'azione: promuovere piani mirati di prevenzione	OSR cui si riferisce OSR 6.7. Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza fra Enti, anche attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione
	Descrizione dell'azione 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; l'aumento del lavoro autonomo a discapito di quello dipendente, che ha caratterizzato il comparto negli ultimi anni, ha ridotto di fatto gli strumenti di tutela della salute e della sicurezza di questa categoria di lavoratori. Le attività previste dai Piani Regionali di Prevenzione in Edilizia negli anni precedenti sono successivamente state inserite stabilmente nel PRP 2014-2018, con l'obiettivo prioritario di ridurre gli infortuni mortali e gravi in edilizia, le malattie professionali e più in generale migliorare le condizioni di salute e sicurezza del lavoro in edilizia. Tali attività, che ciascuna ASL ha portato e porterà avanti anche negli anni 2018-2019, afferiscono a quattro aree di intervento: vigilanza, sistema informativo, informazione e assistenza, Grandi opere. 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. 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 DLgs 81/08, predisposti ed inviati dalle imprese autorizzate che eseguiranno i lavori, e delle notifiche ex art. 250 DLgs 81/08 che ricevono. In questo ambito si terrà conto delle indicazioni contenute nel Documento regionale inerente il modello unico per la valutazione dei piani di lavoro. Il numero di cantieri da ispezionare annualmente sul territorio regionale sarà deciso dalla Regione, sulla base delle indicazioni nazionali e della programmazione regionale, tenendo conto anche della crisi del comparto e della tendenza alla sovra-notifica preliminare ex art. 99 del DLgs 81/08, per notifiche non dovute ma trasmesse agli Organi di vigilanza. Si proseguirà l'attività coordinata e congiunta con DTL, VVF, INPS, INAIL, nell'ambito degli Organismi Provinciali di Vigilanza (OPV), tenendo conto anche dei cambiamenti derivanti dall'istituzione del nuovo Ispettorato Nazionale del Lavoro, che ha integrato le funzioni di vigilanza di INPS, INAIL e DTL. Le linee di intervento che si intendono seguire sono: • effettuazione di un numero di interventi di vigilanza congiunta tendenzialmente pari al 10%, con un obiettivo minimo del 5% del numero dei cantieri da controllare assegnati dalla programmazione regionale alle ASL; • scelta dei cantieri da vigilare congiuntamente, prioritariamente sulla base delle notifiche preliminari pervenute alle strutture SPreSAL, valutate con 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; • programmi mirati di controllo nelle attività fieristiche e di montaggio/smontaggio palchi; • programmi mirati di controllo nelle Grandi Opere pubbliche e nei cantieri che, per dimensioni e complessità, possono essere assimilati alle Grandi opere pubbliche; • 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. Proseguirà anche l'attività coordinata e congiunta con altri Enti, in particolare ARPA, Polizia Municipale, Carabinieri. Nell'ambito delle attività di informazione ed assistenza volte ai soggetti della prevenzione del settore edile, negli anni 2018-2019 si svilupperanno azioni specifiche riguardanti i lavoratori autonomi.	

	Livello cui si colloca: regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015 - 2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
		Indicatore sentinella: Report regionale sull'applicazione del Piano Regionale Edilizia	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

Azione 6.7.3 Applicazione del piano mirato di sicurezza in agricoltura	Obiettivi dell'azione: promuovere piani mirati di prevenzione		OSR cui si riferisce OSR 6.7. Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza anche fra Enti, attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione				
	Descrizione dell'azione 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 infortunistici connessi all'utilizzo di macchine agricole si associano anche rischi da agenti 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. Le attività previste dai Piani Regionali di Prevenzione in Agricoltura negli anni precedenti sono successivamente state inserite stabilmente nel PRP 2014-2018. Riguardo alla vigilanza, l'obiettivo 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 >500 giornate; il 5% del totale dei controlli dovrà essere destinato comunque alla verifica del commercio delle macchine, utilizzando la scheda predisposta a livello nazionale, i cui contenuti sono stati oggetto di una campagna informativa rivolta ai commercianti e ai costruttori di macchine agricole svolta anche a livello locale. Nel biennio 2018-2019 si dovrà proseguire la consolidata attività di controllo su macchine e attrezzature agricole e si dovranno sviluppare in maniera omogenea nel territorio regionale le forme di collaborazione, oggi ancora sporadiche, tra SPreSAL e gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione: SISP e SIAN per l'esecuzione dei controlli su commercio e impiego dei prodotti fitosanitari (vedi anche azione 7.2.2); Servizi Veterinari per l'attività di controllo dei rischi negli allevamenti. Riguardo l'attività coordinata e congiunta con gli altri Enti, in particolare ITL, VV.F., INPS, INAIL, le linee di intervento che si intendono seguire per la vigilanza sono: - 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; - 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 ITL e INPS relativi alle imprese che potenzialmente risultano utilizzatrici di manodopera irregolare, per l'individuazione delle aziende agricole da sottoporre a controllo congiunto; - privilegiare il lavoro stagionale (raccolta frutta, vendemmia, ecc.) ed il lavoro in ambienti confinati. Per quanto riguarda le attività relative alla selvicoltura e alla manutenzione del verde, oltre a garantire il contributo ai lavori del sottogruppo a livello nazionale, si esplorerà l'utilizzo della scheda di vigilanza predisposta con il contributo del Settore Foreste della Regione Piemonte. Si valuterà inoltre, anche sulla base delle indicazioni del gruppo nazionale, la necessità di definire indirizzi di prevenzione per alcuni settori di trasformazione della produzione primaria (ad es. cantine vinicole). Si prevede infine di avviare a livello regionale, in relazione all'emanando decreto sulla revisione delle macchine agricole, esperienze di collaborazione con Polizia Stradale e Polizia Municipale/Provinciale per il controllo delle macchine agricole circolanti su strada.						
	Livello cui si colloca: regionale e locale						
	Periodo di attuazione: 2015 - 2019						
	Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità				
			2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: N. di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura/ totale delle ASL		80%	80%	80%	100%	100%
	N. di ASL che effettuano attività di vigilanza congiunta in agricoltura/totale delle ASL		20%	30%	40%	50%	50%

Azione 6.8.1 Definizione di linee di indirizzo operativo e check-list per l'attività di vigilanza	Obiettivi dell'azione: predisporre linee di indirizzo operativo e adottare strumenti comuni nell'attività di vigilanza		OSR cui si riferisce OSR 6.8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza			
	Descrizione dell'azione					
	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).					
	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.					
	Per le malattie professionali l'attività di indagine 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. 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 proseguirà, negli anni 2018-2019, l'attività di predisposizione, con gruppi di lavoro a livello regionale, di documenti di Linee di indirizzo operativo e check-list, quali strumenti operativi per la vigilanza e le attività di valutazione tecnica.					
	Negli anni 2018-2019, facendo seguito ai documenti elaborati negli anni precedenti (nel 2015 <i>Linee di indirizzo operativo inerenti 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</i> , nel 2016 <i>Linee di indirizzo operativo in materia di stress lavoro-correlato</i> , nel 2017 il <i>Documento inerente la valutazione dei piani di lavoro di rimozione amianto</i>), si proseguirà scegliendo gli argomenti all'interno dei seguenti filoni:					
	- valutazione piani di lavoro di rimozione amianto in situazioni complesse (ballast, terreno); - requisiti dei luoghi di lavoro; - vigilanza rispetto ai rischi prioritari in edilizia non ancora affrontati, sulla base dell'esperienza della <i>Scheda per il rischio di caduta dall'alto</i> già in uso; - verifica degli obblighi in materia di rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori; - verifica degli obblighi in materia di esposizione ad agenti cancerogeni.					
	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.					
	Sarà avviata la definizione dei contenuti minimi delle inchieste svolte dai Servizi a seguito di infortunio.					
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.						
Livello cui si colloca: regionale, locale						
Periodo di attuazione: 2015-2019						
Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
N. documenti di linee di indirizzo operative/check list sulla vigilanza prodotti		1 documento	1 documento	1 documento	1 documento	1 documento

PROGRAMMA 7

AMBIENTE E SALUTE

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR
MO 8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	OC 8.1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	OSR 7.1. Integrare le azioni dei settori istituzionali dell'Ambiente e della Sanità a livello regionale e locale	Indicatori per OSR 7.1 Disponibilità di documenti annuali di programmazione integrata Disponibilità di report annuali di attività della rete dei referenti locali	Standard OSR 7.1 Sì Sì
	OC 8.2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	OSR 7.2. Approfondire la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - pianificazione concordata delle attività di monitoraggio in campo ambientale; - definizione ed attuazione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale	Indicatori per OSR 7.2 Esistenza di un accordo per la pianificazione di massima del monitoraggio ambientale tra i soggetti interessati Disponibilità di un report annuale sugli studi effettuati in campo ambientale	Standard OSR 7.2 Sì Sì
	OC 8.3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	OSR 7.3. Migliorare la valutazione dell'impatto ambiente-salute a livello locale	Indicatore per OSR 7.3. Definizione di un atto di indirizzo regionale a supporto di valutatori e proponenti in recepimento delle linee guida nazionali	Standard OSR 7.3 Sì
	OC 8.4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	OSR 7.4. Migliorare la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti a livello locale	Indicatore per OSR 7.4. Definizione di modello organizzativo minimo per la gestione locale delle istanze provenienti dalla popolazione	Standard OSR 7.4 Sì
	OC 8.5. 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	OSR 7.5. Formare gli operatori della sanità e dell'ambiente sui temi dell'impatto ambiente salute	Indicatori per OSR 7.5 Atto di recepimento del curriculum formativo redatto a livello nazionale Adesione al corso nazionale di formazione per formatori Proporzione di operatori formati	Standard OSR 7.5 Sì Sì ≥ 50%
	OC 8.6. Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	OSR 7.6. Adeguare il modello di comunicazione del rischio alle linee di indirizzo nazionali	Indicatore per OSR 7.6. Atto formale di recepimento delle linee guida ministeriali	Standard OSR 7.6 Sì
	OC 8.7. Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi 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	OSR 7.7. Predisporre programmi di controllo in materia di REACH/CLP ed individuare indicatori	Indicatore per OSR 7.7. Esistenza di un sistema di indicatori documentato e monitorato	Standard OSR 7.7 Sì
	OC 8.8. 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	OSR 7.8. Sviluppare adeguate conoscenze tra tutti gli operatori dei servizi pubblici interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche	Indicatore per OSR 7.8. Realizzazione di corsi di formazione per operatori	Standard OSR 7.8 Almeno un corso effettuato a livello regionale
	OC 8.9. Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	OSR 7.9. Realizzare un registro di lavoratori ex esposti all'amianto e definire un protocollo e dei programmi di sorveglianza sanitaria	Indicatore per OSR 7.9. Esistenza presso il COR Piemonte del registro dei lavoratori ex esposti all'amianto	Standard OSR 7.9 Sì
		OSR 7.10. 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	Indicatore per OSR 7.10. Approvazione del PRA tramite Deliberazione di Giunta Regionale	Standard OSR 7.10 Sì, conseguito nel 2016
	OC 8.10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione e/o ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	OSR 7.11. Promuovere buone pratiche in materia di sicurezza e qualità dell'ambiente indoor anche in relazione al rischio radon	Indicatore per OSR 7.11. Disponibilità di 1 linea di indirizzo per la costruzione/ristrutturazione degli edifici	Standard OSR 7.11 Sì

	OC 8.11. Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	OSR 7.12. Sensibilizzare la popolazione pediatrica sul corretto uso della telefonia cellulare	Indicatore per OSR 7.12. Disponibilità di un pacchetto formativo	Standard OSR 7.12 Sì
	OC 8.12. Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani ed i giovanissimi ed i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	OSR 7.13. Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV di origine artificiale attraverso la vigilanza e la sensibilizzazione della popolazione	Indicatore per OSR 7.13. Interventi informativi alla popolazione giovanile	Standard OSR 7.13 Sperimentazione del pacchetto in almeno 1 ASL

Il programma ambiente e salute contribuisce inoltre ai macro obiettivi:

MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili	OC 1.3. 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	OSR 1.2. 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)
MO 7 Prevenire gli infortuni e le malattie professionali	OC 7.2. Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali	OSR 7.2. Approfondire la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - pianificazione concordata delle attività di monitoraggio in campo ambientale; - definizione ed attuazione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale
MO 10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	OC 10.1. 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	OSR 7.8. Sviluppare adeguate conoscenze tra tutti gli operatori sanitari interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche OSR 7.9. Realizzare un registro di lavoratori ex esposti all'amianto e definire un protocollo e dei programmi di sorveglianza sanitaria OSR 7.13. Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV di origine artificiale attraverso la vigilanza e la sensibilizzazione della popolazione

Quadro strategico, profilo di salute e trend dei fenomeni

Elementi di contesto e 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.

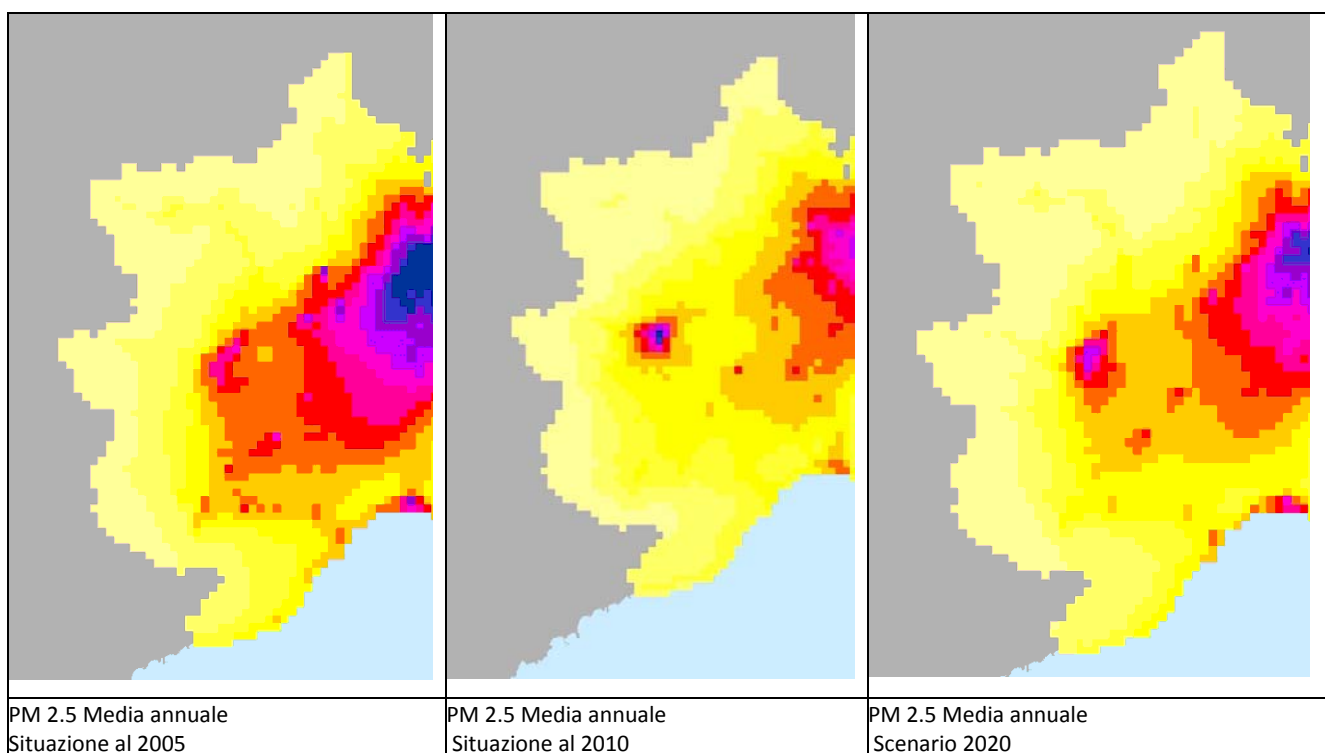


Figura 1. Medie annuali PM 2.5 – Regione Piemonte

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.

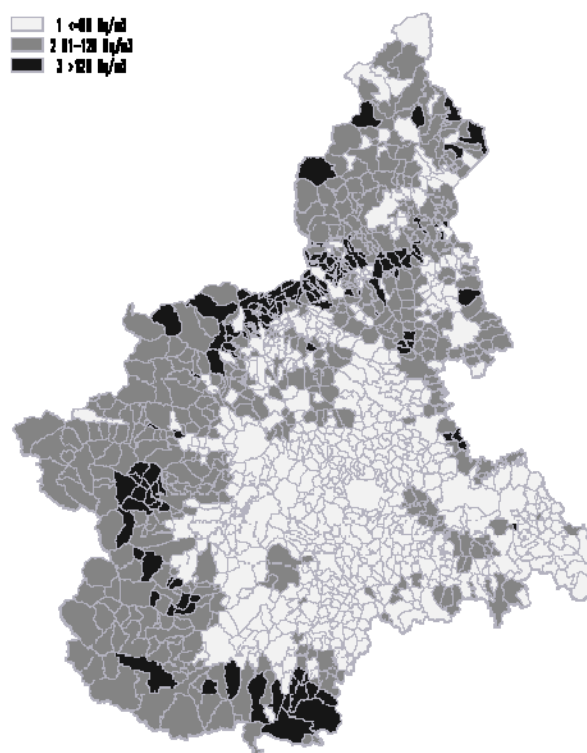


Figura 2. Distribuzione del radon medio in Regione Piemonte (3 classi)

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.

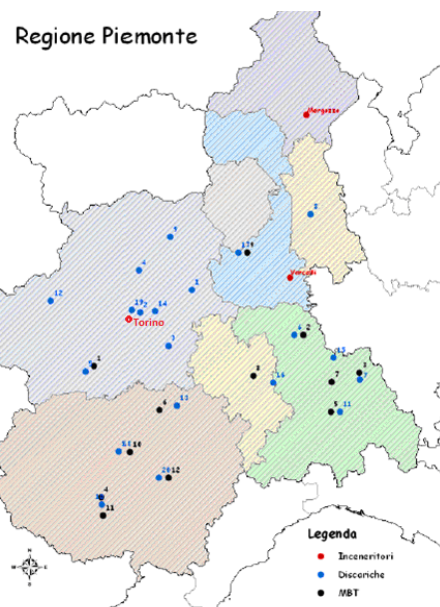


Figura 3. Mappa degli impianti di trattamento rifiuti in Piemonte (2013, progetto SESPIR). In rosso: inceneritori. In blu: discariche. MBT: Trattamento Meccanico Biologico.

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 odorigene 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 i livelli 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 e 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).

Quadro normativo e strategico

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 dieci anni di distanza dall'adozione, il Regolamento europeo 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 europeo CLP, che allinea l'Unione Europea al sistema di classificazione ed etichettatura delle sostanze chimiche utilizzato 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, partecipando ai vari progetti di attività di controllo proposti dall'Autorità Europea (ECHA) per il tramite dell'Autorità Competente Nazionale, facendo da capofila alla realizzazione di Linee Guida per la vigilanza e spendendo notevoli risorse per le attività di controllo analitico che hanno portato la Regione Piemonte ad una esperienza di riferimento in ambito nazionale.

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, in particolare SPreSAL e SISP, da tempo sono 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, che intende proseguire nelle attività di contrasto al rischio amianto, ha predisposto e deliberato con DGR 124-7279 del 1° marzo 2016 il "Piano di protezione dell'ambiente, di decontaminazione, di smaltimento e di bonifica ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto (Piano regionale amianto) per gli anni 2016-2020 (PRA), che ha sostituito il precedente datato febbraio 2001. Il nuovo PRA è 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, e 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.

Azioni previste nel periodo

Dati di attività in continuità con il precedente PRP

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.

Con DD 408 del 21/6/2017, la Direzione Sanità - Settore Prevenzione e Veterinaria ha approvato la riedizione del citato progetto Ambiente e Salute assegnando alla ASL NO il finanziamento necessario per l'assegnazione di 6 borse di studio al fine di supportare le azioni PRP/PLP.

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 ha emanato nel periodo 2015-2017, oltre al Piano Regionale Amianto, altri atti di indirizzo finalizzati alla riduzione dell'esposizione ad amianto:

- DGR n. 13-4341 del 12 dicembre 2016, *DCR n. 124-7279 del 1 marzo 2016. Attuazione del Piano Regionale Amianto per quanto riguarda i programmi formativi e le modalità di svolgimento dei corsi degli operatori che effettuano attività di bonifica, smaltimento dell'amianto, controllo e manutenzione*, finalizzata a promuovere l'innalzamento della preparazione e della competenza professionale dei responsabili con compiti di controllo e coordinamento di tutte le attività manutentive che possono interessare i materiali di amianto e di coloro che redigono i piani di manutenzione e controllo, mediante specifici percorsi formativi obbligatori per lo svolgimento di tali funzioni;

- DGR n. 58-4532 del 29 dicembre 2016, *Definizione delle modalità di comunicazione della presenza di amianto ai sensi dell'art. 9 della L.R. 30/2008, in attuazione del Piano Regionale Amianto per gli anni 2016-2020 approvato con D.C.R. 1 marzo 2016, n. 124 – 7279*, che stabilisce le modalità attraverso cui i soggetti pubblici e i privati proprietari di edifici, impianti, luoghi, mezzi di trasporto, manufatti e materiali con presenza di amianto o di materiali contenenti amianto comunicano tale presenza all'ASL competente per territorio;

- DGR n. 28-5326 del 10 luglio 2017, *Recepimento Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 07.05.15 - qualificazione laboratori pubblici e privati per campionamento e analisi amianto. Recepimento Accordo tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane del 20.01.16 - informatizzazione adempimenti per imprese che utilizzano o che svolgono smaltimento amianto. Individuazione ARPA Piemonte ed approvazione tariffe*, riguardante la qualificazione dei laboratori pubblici e privati che effettuano attività di campionamento ed analisi sull'amianto sulla base dei programmi di controllo di qualità.

La Regione ha inoltre concluso e presentato in sede di Conferenza Governativa sull'amianto, tenutasi nel novembre 2017, il progetto CCM *Modello operativo per la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma*, condotto dal Centro Sanitario Amianto. Il COR Piemonte ha altresì concluso il 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 e per la sorveglianza epidemiologica del rischio di mesotelioma maligno*, i cui dati conclusivi sono in corso di elaborazione.

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 rappresentano quindi la naturale prosecuzione di quanto già avviato nel precedente, allo scopo di garantire continuità e sistematicità degli interventi di prevenzione nei riguardi dell'esposizione a rischio specifico di radiazioni ultraviolette di origine artificiale.

Sintesi complessiva delle azioni previste

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 e DD n. 408 del 21/6/2017.

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 ragione della obiettiva complessità, il raggiungimento dell'obiettivo finale di tali azioni, finalizzate al miglioramento della conoscenza del rapporto inquinanti/salute (OC 8.2), è stato prorogato al 2019 e le azioni sono state pertanto ri-modulate.

In collaborazione con le altre Regioni saranno predisposti e 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.). Anche considerato il ritardo dei lavori del livello centrale, questa azione è stata rimodulata al fine di prorogare al 2019 il raggiungimento dell'obiettivo finale (OC 8.3).

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. In Regione Piemonte, però, la gestione locale (ASL) delle tematiche ambiente-salute è funzione istituzionale dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica, che sono anche detentori delle attività di prevenzione malattie infettive e vaccinazioni. Stante l'elevato impegno dei servizi sul tema delle vaccinazioni, è stato necessario prorogare al 2019 il raggiungimento dell'obiettivo finale (OC 8.4).

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). Considerato che i percorsi centrali (corso nazionale di formazione dei formatori e linee guida per la comunicazione del rischio) non sono del tutto completati, le azioni relative sono state rimodulate al fine di prorogare al 2019 il raggiungimento dell'obiettivo finale (OC 8.5 e 8.6).

I programmi di controllo in materia di REACH/CLP proseguiranno nel rispetto delle indicazioni del Piano Nazionale dei Controlli. Considerato che i percorsi centrali (definizione di un sistema di indicatori finalizzato al monitoraggio delle performance) non sono del tutto completati, le azioni relative sono rimodulate al fine di prorogare al 2019 il raggiungimento dell'obiettivo finale (OC 8.7). 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.

In attuazione del vigente Piano Regionale Amianto, saranno messe in atto delle iniziative finalizzate a minimizzare l'impatto sulla salute derivante dalla 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. Il documento di indirizzo per la costruzione e ristrutturazione di edifici in chiave eco-compatibile (OC 8.10) sarà completato nel 2019.

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. Il completamento dell'azione è prorogato al 2019 (OC 8.11).

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. Stante l'importante ruolo dei SISP in questa azione, il raggiungimento dell'obiettivo (OC 8.11) è stato prorogato al 2019.

Destinatari delle azioni sono:

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

Le azioni si snodano lungo tutto il periodo 2015-2019 secondo il calendario di dettaglio riportato di seguito.

Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati

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;
- disponibilità di tempo-lavoro dedicato da parte dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica;
- difficoltà di interconnessione o di accesso ai diversi sistemi informativi;
- ritardi su azioni propedeutiche di livello centrale.

Monitoraggio e contrasto disuguaglianze

Gli obiettivi e le azioni riferiti 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 aumenta 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.

Azione 7.1.1 Costituire e promuovere l'operatività di un Gruppo di lavoro regionale di coordinamento Ambiente-Salute OC 8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della “Salute in tutte le politiche”	Obiettivi dell’azione Identificare ruoli e responsabilità Integrare competenze e professionalità Integrare la programmazione ASL, IZS, ARPA	OSR cui si riferisce: OSR 7.1. Integrare le azioni dei settori istituzionali dell’Ambiente e della Sanità a livello regionale e locale				
	Descrizione dell’azione È stato formalizzato un gruppo di coordinamento del programma “Ambiente e Salute” al quale sono state attribuite le funzioni di governo sull’argomento a supporto della Regione. Ai lavori del gruppo concorrono i componenti individuati con DD 146 del 15/03/16 e operatori esperti e responsabili di specifici ambiti di sviluppo del programma. Il gruppo, al quale erano stati assegnati in origine i seguenti compiti: • redazione e monitoraggio dei programmi PRP relativi al MO Centrale 8 <i>Ridurre le esposizioni potenzialmente dannose per la salute</i>, • 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), • 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, • aggiornamento del documento di indirizzo su competenze, responsabilità e ruoli di ASL, ARPA, IZS di cui alla DGR 17-11422 del 18/05/2009, elabora la declinazione annuale del presente programma del Piano Regionale di Prevenzione, tiene i rapporti con ARPA, IZS, Comitato Regionale Amianto e ASL per concordare le azioni congiunte del Piano. I Piani regionali, congiuntamente con gli atti di indirizzo e la programmazione ARPA pluriennale, hanno costituito e rappresenteranno i documenti di programmazione integrata di cui all’indicatore; i verbali delle riunioni e le deliberazioni programmatiche conseguenti documentano inoltre l’impegno degli Enti su tale programmazione integrata delle attività raccomandate dal Piano Nazionale della Prevenzione e finalizzate alla tutela dell’ambiente e della salute. La DGR n. 7-4000 del 3/10/2016, che ha ridefinito i rapporti tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e ARPA e la precedente DGR 22/12/2014 n. 31-806, che ha attuato la ridefinizione degli ambiti di operatività dei laboratori pubblici dell’IZS e di ARPA, rappresentano i provvedimenti d’intesa Regione-ARPA-IZS per la realizzazione di attività concertate, pertanto il corrispondente indicatore, fissato originariamente per il 2018, si può considerare raggiunto.					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Disponibilità di un provvedimento di costituzione del gruppo di lavoro regionale	Provvedimento approvato			-----	-----
Disponibilità di documenti annuali di programmazione integrata		1 documento disponibile	1 documento disponibile	1 documento pluriennale disponibile	-----	
Disponibilità di un protocollo d’intesa Regione-ARPA-IZS				Protocollo approvato	-----	

Azione 7.1.2 Sostenere la Rete territoriale dei referenti del progetto Ambiente e Salute di cui alla DD n. 37 del 15/3/2007 OC 8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della “Salute in tutte le politiche”	Obiettivi dell’azione Facilitare la comunicazione verticale tra Regione e ASL Promuovere l’integrazione tra i diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle ASL	OSR cui si riferisce: OSR 7.1. Integrare le azioni dei settori istituzionali dell’Ambiente e della Sanità a livello regionale e locale				
	Descrizione dell’azione Sono state riattivate nel 90% delle ASL le reti territoriali dei referenti del progetto “Ambiente e Salute” già approvato con DD n. 37 del 15/3/2007; con DD n. 408 del 21/6/2017 la Direzione Sanità - Settore Prevenzione e Veterinaria ha approvato la riedizione del citato progetto Ambiente e Salute assegnando alla ASL NO il finanziamento necessario per l’assegnazione di 6 borse di studio al fine di supportare le azioni PRP/PLP. Ciascuna ASL ha: • identificato un referente locale per la gestione delle problematiche a valenza ambientale; • strutturato tavoli di lavoro, integrati fra le diverse competenze dei Servizi del Dipartimento, finalizzati alla valutazione multidisciplinare delle problematiche di impatto ambiente-salute. I referenti, oltre a coordinare il gruppo di lavoro locale, costituiscono interfaccia del gruppo di lavoro regionale (vedi azione 7.1.1). Annualmente i referenti locali Ambiente e Salute elaborano i report dell’attività svolta (rendicontazione PLP - attività del programma 7 e rendicontazione attività SISP). Report annuali di attività saranno previsti anche per il 2019.					
	Livello cui si colloca: Regionale e Locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Esistenza di disposizioni organizzative regionali	Evidenza di 1 documento regionale			-----	-----
	Esistenza di un gruppo di lavoro formalizzato nelle ASL		Evidenza di documento di formalizzazione del gruppo in almeno il 90% delle ASL		-----	-----
	Disponibilità di report annuali di attività della rete dei referenti locali			1 report annuale per ogni ASL che ha formalizzato il gruppo	1 report annuale per ogni ASL che ha formalizzato il gruppo	1 report annuale per ogni ASL che ha formalizzato il gruppo

Azione 7.2.1 Predisporre un programma di monitoraggio degli inquinanti ambientali a cui è esposta la popolazione del Piemonte OC 8.2 Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica OC 10.1 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 OC 7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	Obiettivi dell'azione Concordare una pianificazione delle attività di monitoraggio in campo ambientale su aree a contaminazione nota e ignota Definire protocolli di biomonitoraggio su uomo e animali in casi selezionati	OSR cui si riferisce: OSR 7.2. Approfondire la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: • pianificazione concordata delle attività di monitoraggio in campo ambientale; • definizione ed attuazione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale				
	Descrizione dell'azione 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. 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. Ricognizione delle buone pratiche di gestione dei pericoli chimici esistenti. 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. Data la complessità dell'azione legata alla pubblicazione di un protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale, il raggiungimento dello standard 2018 dell'indicatore sentinella è stato posticipato all'anno 2019; nel 2018 si conferma la redazione di un report di attività del gruppo. L'attuazione del programma di monitoraggio ambientale previsto per il 2018, per almeno una seconda matrice tra quelle monitorate, è rinviata al 2019.					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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 una seconda matrice tra quelle monitorate
	Disponibilità di un documento di buone pratiche	Evidenza di almeno 1 documento predisposto	Evidenza della diffusione di almeno 1 documento		-----	-----
	Indicatore sentinella: Pubblicazione di un protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale		Costituzione di un gruppo di lavoro sul biomonitoraggio	Report di attività del gruppo di lavoro sul biomonitoraggio	Report di attività del gruppo di lavoro sul biomonitoraggio	Protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale pubblicato

Azione 7.2.2 Predisporre un piano pluriennale di sorveglianza epidemiologica delle patologie correlate a esposizioni ambientali OC 8.2 Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	Obiettivi dell'azione 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	OSR cui si riferisce: OSR 7.2. Approfondire la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: • pianificazione concordata delle attività di monitoraggio in campo ambientale; • definizione ed attuazione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale				
	Descrizione dell'azione Disponibilità di un piano pluriennale di sorveglianza epidemiologica in campo ambientale 2015-2018, con i seguenti obiettivi: • stima di impatto complessivo, sia a breve sia a lungo termine, dell'inquinamento atmosferico; • utilizzo di sistemi veterinari di sorveglianza sindromica applicata alla mortalità generale o a indicatori di salute nelle popolazioni animali; • completamento degli studi epidemiologici sui siti contaminati di interesse regionale e provinciale, in collaborazione con IZS ed enti locali; • misura epidemiologica dei rischi legati alle emissioni inquinanti prioritarie in collaborazione con IZS ed enti locali; • aggiornamento dell'Atlante Regionale Ambiente e Salute con mappatura dei livelli conosciuti di esposizione e dei rischi correlati. Sul sito ARPA Piemonte sono pubblicate la prima parte dell'Atlante regionale Ambiente e Salute (con l'analisi per causa di patologia) e la seconda parte (con l'analisi per comune). Con il completamento della terza parte (finalizzata a integrare i dati ambientali e territoriali con indicatori sanitari di patologia), l'Atlante si configurerà come lo studio di esposizione su contaminanti ambientali a cui sono esposti gruppi di popolazione, raggiungendo in tal modo quanto previsto dall'indicatore centrale 8.2.2. A causa di problemi informatici nell'integrazione tra i database ambientali e sanitari, il completamento dell'Atlante viene rinviato al 2019 (indicatore sentinella). Nel 2018 si prevede di valorizzare la conoscenza dell'Atlante nell'ambito dei corsi di formazione per operatori sanitari e dell'ambiente.					
	Livello cui si colloca: regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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	-----
	Indicatore sentinella: Atlante regionale Ambiente Salute		Pubblicazione prima parte Atlante Regionale	Pubblicazione seconda parte Atlante Regionale	Presentazione Atlante agli operatori	Pubblicazione terza parte Atlante Regionale

Azione 7.3.1 Adottare documenti di indirizzo per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali OC 8.3 Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	Obiettivi dell'azione Ottimizzare il contributo fornito da ASL e ARPA alla valutazione preventiva di impatto Ambiente Salute nell'ambito delle Conferenze dei Servizi	OSR cui si riferisce: OSR 7.3. Migliorare la valutazione dell'impatto ambiente-salute a livello locale				
	Descrizione dell'azione 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 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. 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. Sviluppo dell'azione: • collaborazione con le Regioni per lo sviluppo di linee guida comuni; • 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; • elaborazione e presentazione dei dati di attività raccolti; • 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.); • 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. Le attività legate all'elaborazione di linee di indirizzo hanno subito ritardi dovuti alla complessità della materia, nonché all'esistenza di più documenti nazionali non pienamente coerenti tra loro. Pertanto il raggiungimento degli standard degli ultimi due indicatori di processo è stato posticipato rispettivamente all'anno 2018 e all'anno 2019. A livello regionale, nel 2018 sarà valutata l'applicabilità di uno dei documenti di indirizzo nazionali attualmente disponibili.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Partecipazione del referente alle riunioni interregionali	Partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni	Partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni		-----	-----
	Report sull'attività delle ASL nell'ambito della valutazione preventiva di impatto ambiente-salute		Esistenza di un documento di sintesi		-----	-----
	Disponibilità di un documento di indirizzo per la valutazione integrata ASL e ARPA dell'impatto ambiente salute ai tavoli locali			Esistenza di un documento di indirizzo	Validazione di un documento di indirizzo	-----
	Definizione di un atto di indirizzo regionale a supporto di valutatori e proponenti in recepimento delle linee guida nazionali				-----	Esistenza di atto di indirizzo regionale a supporto di valutatori e proponenti

Azione 7.4.1 Definire un percorso per lo sviluppo di un modello per la valutazione integrata degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti OC 8.4 Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	Obiettivi dell'azione Rendere sostenibile la gestione integrata delle istanze provenienti dalla popolazione su problematiche di tipo ambientale		OSR cui si riferisce: OSR 7.4. Migliorare la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti a livello locale			
	Descrizione dell'azione 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: • raccogliere informazioni sulle casistiche delle istanze provenienti dalla popolazione e che pervengono alle ASL; • identificare un modello organizzativo minimo per la gestione integrata delle istanze provenienti dalla popolazione su problematiche di tipo ambientale che individui almeno: - definizione di caso/evento correlabile a problematiche ambientali; - individuazione di compiti e responsabilità; - ruolo dei servizi di II livello; • identificare un modello organizzativo minimo per la gestione dei casi in emergenza; • sperimentare il modello organizzativo in alcune ASL; • elaborare un documento di indirizzo regionale. In Regione Piemonte la gestione locale (ASL) delle tematiche ambiente-salute è funzione istituzionale dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica, che sono anche detentori delle attività di prevenzione malattie infettive e vaccinazioni. Stante l'elevato impegno dei servizi sul tema delle vaccinazioni, la sperimentazione del modello organizzativo è stata avviata ma sono necessari ulteriori approfondimenti, pertanto la sperimentazione prosegue nel 2018, mentre nel 2019 si prevede la formalizzazione del modello organizzativo minimo per la gestione locale delle istanze provenienti dalla popolazione.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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	Prosecuzione 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

Azione 7.5.1 Definire un piano di formazione per gli operatori sanitari e dell'ambiente OC 8.5 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	Obiettivi dell'azione Aggiornamento degli operatori sui temi della epidemiologia ambientale e della valutazione d'impatto sulla salute (VIS)	OSR cui si riferisce: OSR 7.5. Formare gli operatori della sanità e dell'ambiente sui temi dell'impatto ambiente salute				
	Descrizione dell'azione 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: - partecipazione ai tavoli di lavoro promossi a livello centrale; - definizione del target intermedio (formatori) e finale (operatori della sanità e dell'ambiente); - definizione di piano di formazione in coerenza con le indicazioni nazionali; - adesione a corsi nazionali per formatori; - realizzazione di corsi a livello locale. Considerato che i percorsi centrali (corso nazionale di formazione dei formatori e linee guida per la comunicazione del rischio) non sono del tutto completati, le azioni relative saranno rimodulate al fine di prorogare al 2019 la realizzazione dei corsi per operatori della sanità e dell'ambiente.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Partecipazione del referente alle riunioni interregionali	Partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni	Partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni		-----	-----
Atto di recepimento del curriculum formativo redatto a livello nazionale		Evidenza dell'atto di recepimento		-----	-----	
Adesione al corso nazionale di formazione per formatori			Partecipazione al corso nazionale secondo le indicazioni pervenute	Partecipazione al corso nazionale secondo le indicazioni pervenute	-----	
Proporzione di operatori formati				-----	Proporzione di operatori della sanità e dell'ambiente formati ≥ 50%	

Azione 7.6.1 Sviluppare competenze per la comunicazione del rischio OC 8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	Obiettivi dell'azione Saper comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico		OSR cui si riferisce: OSR 7.6. Adeguare il modello di comunicazione del rischio alle linee di indirizzo nazionali			
	Descrizione dell'azione 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. 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. Dato il ritardo nell'adozione del documento nazionale e la particolare sensibilità della materia, non è stato possibile adottare le linee guida. Nel 2018, si prevede di trasmettere alle ASL la bozza di linee guida disponibile e raccogliere osservazioni e riscontri.					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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				Trasmissione alle ASL della bozza di linee guida	Esistenza di atto formale di recepimento	

Azione 7.7.1 Attuare programmi di controllo in materia di REACH/CLP con individuazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio delle situazioni di non conformità OC 8.7 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	Obiettivi dell'azione Migliorare la sicurezza chimica della popolazione e dei lavoratori con la verifica del rispetto dei regolamenti REACH/CLP	OSR cui si riferisce: OSR 7.7. Predisporre programmi di controllo in materia di REACH/CLP ed individuare indicatori				
	Descrizione dell'azione Al fine di migliorare la qualità dei controlli e promuovere la sicurezza nella produzione e nell'uso dei prodotti chimici, il Comitato Tecnico di Coordinamento regionale in materia di REACH/CLP, con il supporto Nucleo Tecnico Regionale Reach/CLP: • predispone e attua il Piano Regionale dei Controlli annuale, nel rispetto delle indicazioni del Piano Nazionale dei Controlli annuale, e trasmette il relativo provvedimento (Determinazione Dirigenziale) all'Autorità Competente Nazionale REACH-CLP e ai Dipartimenti di Prevenzione; • sviluppa l'attuale modello organizzativo (governo di sistema) che: - individui le risorse necessarie in termini di tempo-operatori e attrezzature; - regolamenti i flussi informativi fra la Regione ed i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL precisando compiti e responsabilità; • definisce indirizzi operativi per: - la segnalazione e la gestione delle criticità riscontrate dai servizi ASL/ARPA nel corso delle attività di vigilanza; - la standardizzazione operativa delle attività; • individua i bisogni formativi per redigere un piano di formazione finalizzato all'applicazione dei regolamenti REACH/CLP (v. azione 7.8.1); • partecipa ai lavori dell'apposito sottogruppo, costituito nell'ambito del Gruppo Tecnico Interregionale REACH-CLP, per la predisposizione di un sistema di indicatori finalizzato al monitoraggio delle performance; • sviluppa 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). I primi tre indicatori saranno confermati per il 2019; il terzo indicatore viene rimodulato per includere tutte le segnalazioni che pervengono al Nucleo Tecnico Regionale. Lo standard relativo al quarto indicatore, che prevede la realizzazione di un sistema di indicatori di monitoraggio delle performance, originariamente previsto per il 2018, è stato posticipato al 2019 in quanto è in via di definizione un sistema unico a livello nazionale.					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Documento di formalizzazione annuale del Piano Regionale dei Controlli REACH-CLP	1 documento formalizzato	1 documento formalizzato	1 documento formalizzato	1 documento formalizzato	1 documento formalizzato
	Indicatore sentinella: Numero di controlli effettuati su quanti previsti nel Piano Regionale per le attività di controllo	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
	N. di controlli effettuati su segnalazioni di non conformità pervenute nell'anno	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
	Esistenza di un sistema di indicatori documentato e monitorato		Report delle tipologie di segnalazione di non conformità ricevute negli anni 2014-2015	Disponibilità di bozza di documento sul sistema di indicatori	Partecipazione ai lavori del gruppo	Atto di approvazione regionale del sistema di indicatori

Azione 7.8.1 Realizzare iniziative di formazione degli operatori sul tema della sicurezza chimica OC 8.8 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 OC 7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali	Obiettivi dell'azione Aumentare la conoscenza e la consapevolezza in tema di sicurezza chimica	OSR cui si riferisce: OSR 7.8. Sviluppare adeguate conoscenze tra tutti gli operatori dei servizi pubblici interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche				
	Descrizione dell'azione 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. Si tratterà di redigere e attuare un piano pluriennale di formazione definendo: • destinatari: - operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione; - operatori ARPA e IZS; - altri operatori di servizi pubblici; • contenuti: - bisogni formativi specifici; - sicurezza chimica in ambito lavorativo ed extralavorativo; - elementi di interesse trasversale rispetto ad altre normative di settore (cosmetici, biocidi, ecc.). Il corso, previsto dall'ECHA, prevede la formazione dei formatori regionali e, a cascata, dei formatori e operatori ASL; inoltre assolve al compito di aggiornare gli ispettori REACH/CLP individuati dalle ASL. Il terzo indicatore, rimodulato, si riferisce alla formazione a cascata realizzata dalle ASL: nel 2018 e 2019 si prevede di realizzare almeno un corso in un'ASL, anche a valenza sovrazonale. Si prevede inoltre di implementare le attività di formazione/informazione rivolte alle imprese, attraverso la partecipazione a eventi organizzati dalle associazioni di categoria e la realizzazione di uno specifico evento regionale.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Realizzazione corso formazione per ispettori REACH/CLP	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	Almeno un corso effettuato a livello regionale
Predisposizione di un piano di formazione			Piano disponibile	-----	-----	
Realizzazione di corsi di formazione a cascata nelle ASL				Almeno un corso effettuato	Almeno un corso effettuato	

Azione 7.9.1 Definire ed approvare il nuovo Piano Regionale Amianto OC 8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione OC 7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	Obiettivi dell'azione 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.	OSR cui si riferisce: OSR 7.9. Realizzare un registro di lavoratori ex esposti all'amianto e definire un protocollo e dei programmi di sorveglianza sanitaria OSR 7.10. 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				
	Descrizione dell'azione L'art. 7 della LR 30/2008 prevedeva 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), presentasse al Consiglio regionale per l'approvazione il piano regionale amianto (PRA)”. Il PRA è stato approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 124-7279 del 1° marzo 2016. Si caratterizza per una forte interdisciplinarietà, coinvolgendo infatti il mondo della sanità, nelle diverse componenti epidemiologiche, cliniche e di prevenzione, e il comparto ambientale, con un forte ruolo dell'ARPA regionale. L'attuazione del PRA necessita inoltre di un ampio coinvolgimento di numerosi stakeholder: enti locali, associazioni familiari vittime amianto, associazioni sindacali, comitati di cittadini, ecc. Un capitolo del PRA è esplicitamente dedicato alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori 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). Nel 2018-2019 proseguirà l'attività in questo ambito, sulla base anche dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'adozione del protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti all'amianto (Intesa Stato-Regioni n. 39 del 22/02/2018). Lo standard relativo al 2017, riferito alla definizione del documento di indirizzo con le modalità di costruzione del registro dei lavoratori ex esposti all'amianto, nell'attesa dell'approvazione dell'intesa sopracitata – alla cui stesura il Piemonte ha partecipato nell'ambito del Gruppo Tecnico Interregionale – non è stato conseguito. Lo standard 2018, costituito dal Report descrittivo dei dati esistenti presso il COR Piemonte, è rinviato al 2019, stante il tempo tecnico necessario per la sua predisposizione, alla luce anche del documento di Intesa Stato-Regioni.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Approvazione del PRA tramite Deliberazione di Giunta Regionale	Esistenza della bozza di PRA	Documento di approvazione del PRA		-----	-----	
Esistenza presso il COR Piemonte del registro dei lavoratori ex esposti all'amianto			Definizione del documento di indirizzo con le modalità di costruzione del registro	-----	Report descrittivo dei dati esistenti presso il COR Piemonte	

Azione 7.11.1 Promuovere buone pratiche per la tutela della salute in ambiente indoor, e mappare il rischio radon OC 8.10 Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione e/o ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	Obiettivi dell’azione Disporre di linee di indirizzo per la costruzione e/o ristrutturazione di edifici in chiave di salubrità ed eco-compatibilità. Riorientare l’utilizzo delle risorse umane dei Servizi ASL alla luce dell’efficacia		OSR cui si riferisce: OSR 7.11. Promuovere buone pratiche in materia di sicurezza e qualità dell’ambiente indoor anche in relazione al rischio radon			
	Descrizione dell’azione È stata aggiornata nel 2017 la mappa regionale del rischio radon, a cura di ARPA, da utilizzare per orientare i regolamenti edilizi. È stato avviato un tavolo di lavoro regionale con i diversi portatori di interesse (Università, Ordini e Collegi Professionali, Settori regionali competenti, ecc.) al fine di concordare strategie e definire linee di indirizzo per orientare la costruzione/ristrutturazione di edifici al benessere degli occupanti ed alla sostenibilità ambientale; il documento, previsto per il 2018, verrà predisposto nel 2019. 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. Nel 2015 sono stati adottati due provvedimenti: l’abolizione dell’obbligo di vidimazione del registro di disinfezione e dei servizi giornalieri delle ambulanze e l’abolizione dell’obbligo di vidimazione del registro controlli dell’acqua in vasca delle piscine. Inoltre, nel 2017 è stata elaborata la proposta di rimodulazione del ruolo del SISP nell’attività delle Commissioni di Vigilanza sui locali di Pubblico Spettacolo. Per il prossimo periodo si prevede di proseguire le attività.					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Mappatura regionale del rischio radon a cura di ARPA			Aggiornamento della mappatura esistente	-----	-----
	Costituzione di un tavolo di lavoro regionale con portatori di interesse		Evidenza di almeno un verbale di riunione con i portatori di interesse		-----	-----
	Disponibilità di documenti di revisione / rimodulazione di pratiche obsolete	Evidenza di almeno 1 documento di revisione / rimodulazione di pratiche obsolete		Evidenza di almeno 1 documento di revisione / rimodulazione di pratiche obsolete	-----	-----
	Predisposizione di linee di indirizzo per la costruzione/ristrutturazione di edifici in chiave eco-compatibile				Report di attività del tavolo di lavoro	Disponibilità di 1 linea di indirizzo per la costruzione/ristrutturazione di edifici

Azione 7.12.1 Definire un pacchetto formativo sull'uso della telefonia cellulare destinato alla fascia di età pediatrica OC 8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	Obiettivi dell'azione Sensibilizzare la popolazione pediatrica sul corretto uso della telefonia cellulare		OSR cui si riferisce: OSR 7.12. Sensibilizzare la popolazione pediatrica sul corretto uso della telefonia cellulare OSR 1.2. 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)			
	Descrizione dell'azione Validazione da parte di ARPA di un'applicazione per telefono cellulare finalizzata alla misurazione del livello dell'intensità di esposizione. Definizione dei target intermedi e finali di interventi di promozione della salute sul corretto uso di telefoni cellulari in età pediatrica. Analisi dei bisogni di conoscenza. 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. L'applicazione per la misura dell'esposizione è disponibile ed è stata testata su un campione di studenti, la cui numerosità è insufficiente per elaborazioni rappresentative della popolazione pediatrica. Viene quindi posticipato al 2018 il previsto report, eventualmente anche integrato con informazioni di letteratura sull'uso della telefonia in età pediatrica. Nel 2017 il pacchetto formativo per le scuole è stato definito, discusso con l'Ufficio Scolastico Regionale e inserito dal Gruppo Tecnico Regionale (GTR) in un gruppo di lavoro sui nuovi media; è stato inoltre sperimentato in alcune classi (ASL VC). Nel 2018 si intende valutare la fattibilità di estendere l'attività ad altre ASL del Piemonte; nel 2019 si ipotizza di sperimentare il pacchetto formativo in almeno un'altra ASL. Il successivo sviluppo potrà prevedere un'attività divulgativa rivolta anche ad altre fasce di età, l'informazione ai genitori/adulti e l'utilizzo degli elaborati prodotti nelle fasi pilota per mostre, poster, video, ecc.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
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	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	

Azione 7.13.1 Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV attraverso la vigilanza e l'informazione OC 8.12 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani ed i giovanissimi ed i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV OC 7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	Obiettivi dell'azione 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.		OSR cui si riferisce: OSR 7.13. Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV di origine artificiale attraverso la vigilanza e la sensibilizzazione della popolazione			
	Descrizione dell'azione Prosegue con la Struttura specializzata di ARPA Piemonte l'attuazione del programma quinquennale di controllo delle apparecchiature per l'abbronzatura artificiale presso esercizi di estetica/solarium. Il consolidamento di tale attività ha permesso di aumentare il numero di controlli previsti, portandoli a 24 annuali (indicativamente due per ogni ASL). Pertanto è stato rimodulato lo standard dell'indicatore sentinella. 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. Il rischio di esposizione professionale a radiazioni ultraviolette potrà essere inserito fra gli argomenti di informazione e formazione offerta a livello locale ai medici competenti e agli specialisti ospedalieri al fine di favorire l'emersione dei tumori occupazionali.					
	Livello cui si colloca: Regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: N. di interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti/n. di interventi di controllo programmati	11/12	11/12	11/12	20/24	20/24
	Redazione di report annuale sull'attività svolta		Evidenza del documento	Evidenza del documento	Evidenza del documento	Evidenza del documento
	Disponibilità di un pacchetto informativo per la popolazione giovanile			Esistenza di un pacchetto informativo	-----	Sperimentazione del pacchetto informativo in almeno 1 ASL

PROGRAMMA 8

**PREVENZIONE E CONTROLLO
DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI**

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

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.

Nel 2016 le coperture vaccinali a 24 mesi erano in linea con i valori richiesti (95%) per quanto riguarda la vaccinazione antipoliomielite (95,13%), l'antidifterica (95,14%), l'antitetanica (95,44%) e la vaccinazione contro la pertosse (95,12%) mentre le coperture per morbillo, parotite e rosolia sono rimaste al 91,06%, sebbene al di sopra comunque della media nazionale.

I dati di incidenza delle malattie e di copertura vaccinale evidenziano differenze tra le varie aree della regione.

Il grafico sottostante rappresenta il diagramma di posizionamento rispetto alla copertura vaccinale per MPR raggiunta dalle singole ASL: nel 2016 solo la ASL AT ha raggiunto la soglia del 95% per la 1^a dose, mentre nessuna ASL la raggiunge per la 2^a dose (le ASL situate nel quadrante superiore destro hanno coperture vaccinali per 1^a e 2^a dose superiori a quelle regionali, mentre nel quadrante inferiore sinistro sono inferiori per entrambe le dosi).

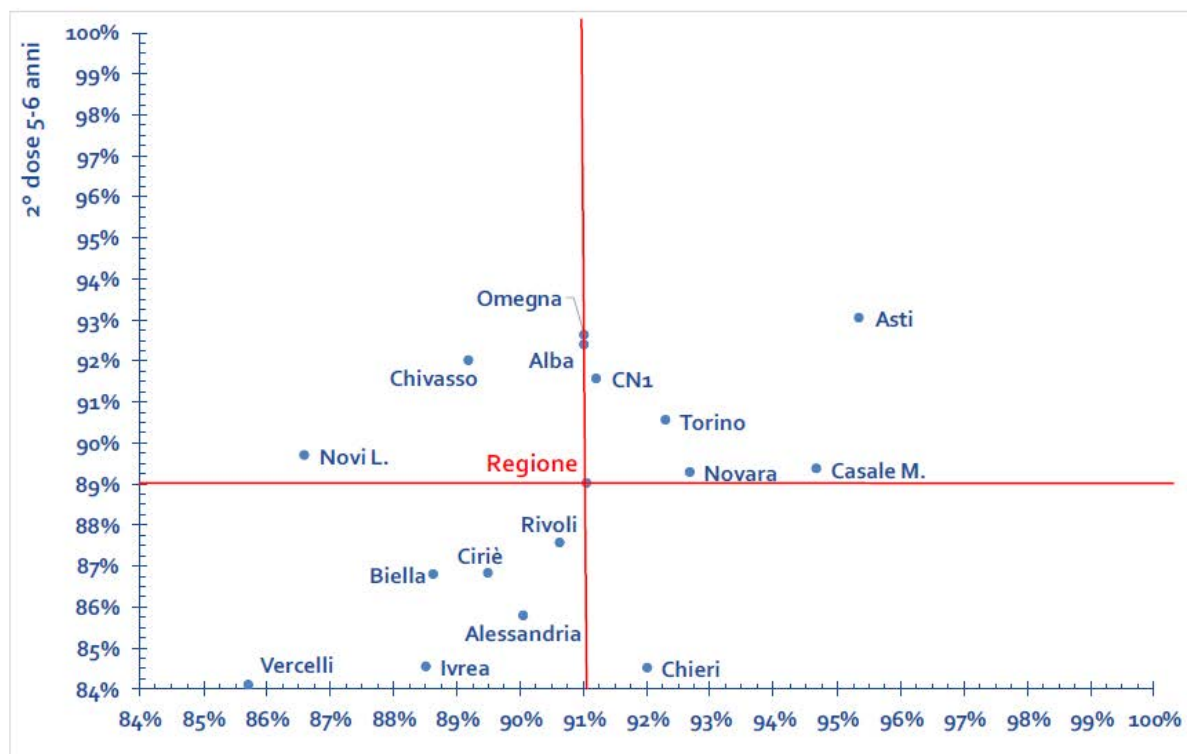


Figura 1. Coperture vaccinali per I e II dose MPR. Anno 2016

Durante l'ultimo quinquennio l'offerta vaccinale nella nostra Regione è molto cresciuta ed è diventata ancora più imponente nel corso del 2017 con l'approvazione del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, a fronte tuttavia di risorse organizzative non del tutto corrispondenti al fabbisogno.

Gli obiettivi di prevenzione vaccinale 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).

Tra il 2008 e il 2015 sono stati registrati complessivamente 1948 casi di MIB (di cui 260 casi nel 2015), con una incidenza media di circa 5,5 casi x 100.000 abitanti e una letalità complessiva pari al 12,7%. Il microorganismo più frequentemente isolato è stato lo Pneumococco (75,6% dei casi), seguito da Meningococco (6,0%) e H. Influenzae (5,3%), il restante 10% è rappresentato dagli altri agenti, infine il 3,1% è la proporzione di casi per i quali il microorganismo non è stato identificato.

Inoltre, nel 2017, allo scopo di contrastare il progressivo calo delle coperture vaccinali, il Decreto Legge n. 73 è stato convertito nella Legge n. 119, recante *Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci*. Tale legge ha esteso il numero delle vaccinazioni obbligatorie attualmente previste nell'infanzia e nell'adolescenza (fascia d'età da zero a 16 anni) portandole a 10.

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 specifica e 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 infatti ormai senso comune la 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 e settori 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 nell'ambito umano il mantenimento delle attività regionali svolte dalla rete del rischio infettivo correlato all'assistenza in ambito ospedaliero e la prosecuzione della programmazione regionale annua. È altresì indispensabile in prospettiva potenziare il coordinamento delle attività e delle programmazioni dedicate a questa materia in considerazione degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR 2017-2020, approvato con Intesa Stato-Regioni il 2/11/2017). In ambito veterinario è prioritario il rafforzamento e sviluppo del monitoraggio del consumo e uso degli antibiotici e della diffusione delle principali antibioticoresistenze.

A questo si affianca nell'immediato la necessità dell'integrazione e coordinamento delle attività sanitarie rivolte all'acuzie con quelle dedicate alla sanità territoriale, attualmente poco sviluppate sul tema delle infezioni correlate all'assistenza e antibioticoresistenze.

Nell'ambito della comunicazione si è invece limitato l'intervento ad attività di comunicazione negli ospedali e ai prescrittori sul territorio in occasione della settimana internazionale dedicata (2016 e 2017), invece di attuare campagne di comunicazione regionale rivolte alla popolazione, per due motivi: (1) l'orientamento previsto anche nel PNCAR di realizzazione di campagne di informazione nazionali coordinate e intersettoriali, (2) le evidenze scientifiche che mostrano come le campagne informative e di sensibilizzazione siano efficaci solo se inserite in un contesto di attività e interventi di prevenzione che coinvolgono i prescrittori.

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).

Dai 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, la garanzia di 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.

Nel 2016, sono stati segnalati in Piemonte 382 casi di tubercolosi, pari a un tasso di incidenza di malattia di 8,7 casi su 100.000 abitanti. Di questi, 377 in piemontesi o in persone domiciliate in regione e 5 in persone residenti fuori Piemonte.

Nell'ultimo quinquennio, la distribuzione dei casi di TB varia a livello provinciale, con tassi di incidenza di TB e di TB respiratoria superiori a quelli regionali nella provincia di Torino (9,0) e di Alessandria (8,6) mentre le province

di Biella, Verbano-Cusio-Ossola e Vercelli hanno tassi di incidenza medi annui di TB e delle forme di TB respiratoria significativamente più bassi di quello calcolato a livello regionale.

In Piemonte, dal 2000 al 2016, si registra un calo significativo del tasso di incidenza della malattia tubercolare pari, in media, a 10 diagnosi in meno ogni anno, considerando la popolazione regionale media annua del periodo. Un andamento analogo si osserva per le tubercolosi respiratorie per le quali si rileva una riduzione di 8 casi in media l'anno. La diminuzione ha riguardato anche le persone straniere.

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.

A settembre 2016, in Piemonte, è stato segnalato 1 caso autoctono di malattia neuroinvasiva da West Nile virus ad Alessandria e 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 delle azioni previste

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.

Più in generale, 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.

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.

Nel periodo di applicazione del presente Piano sono intervenuti due grandi cambiamenti nella legislatura e nell'indicazioni delle priorità su vaccinazioni e antibioticoresistenze.

Per quanto riguarda le vaccinazioni, nel 2017 è stato necessario adottare misure urgenti idonee a estendere e rendere effettivi gli obblighi vaccinali vigenti, anche in conformità al principio di precauzione, secondo cui, in presenza di un'alternativa che presenti un rischio per la salute umana – anche non del tutto accertato – il decisore pubblico deve optare per la soluzione che consenta di neutralizzare o minimizzare tale rischio. È stata emanata la Legge n. 119/2017 per garantire in maniera omogenea sul territorio nazionale le attività dirette alla prevenzione, al contenimento e alla riduzione dei rischi per la salute pubblica e per assicurare il costante mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza relativamente alla circolazione di patogeni infettivi, garantendo i necessari interventi di profilassi e livelli di copertura vaccinale.

Nell'ambito delle attività rivolte al contrasto dell'emergenza determinata dal fenomeno dell'antibioticoresistenza, è intervenuta l'Intesa Stato-Regioni del 2/11/2017 per la realizzazione di un Piano di contrasto dedicato (PNCAR 2017-2020) che richiede una modificazione delle priorità. Sono quindi rimodulate le azioni, orientandole al potenziamento e alla realizzazione degli interventi che sono alla base di quanto previsto dal PNCAR per il 2017-2019: in sintesi, gli interventi individuati come prioritari sono (1) lo sviluppo delle attività in ambito territoriale e il consolidamento e ulteriore sviluppo di quelle presenti in ambito ospedaliero, (2) la costruzione di un approccio coordinato e lo sviluppo di metodologie multidisciplinari e intersettoriali.

Gli assi della rimodulazione degli interventi sono quindi stati:

- consolidamento e sviluppo delle attività di sorveglianza dell'antibioticoresistenza, delle ICA e del consumo e dell'uso degli antibiotici;
- consolidamento e sviluppo delle attività di prevenzione, formazione e comunicazione.

L'azione riguardante le attività di comunicazione (8.5.2) è stata aggiornata con le nuove iniziative legate al PNCAR e al nuovo Piano vaccini (Legge n. 119/2017); inoltre è stata integrata con iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari, per contrastare l'antibioticoresistenza e per favorire l'adesione alle vaccinazioni.

Monitoraggio e contrasto disuguaglianze

I comportamenti umani e le scelte in ambito di prevenzione possono contribuire alla diffusione degli agenti infettivi e 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. Dalla letteratura emerge come le fasce più istruite di popolazione tendano ad astenersi dal vaccinare i propri figli, come i migranti faticino 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.

Azione 8.1.1 Sviluppo e integrazione dei sistemi di sorveglianza e potenziamento sistemi informativi	Obiettivi dell'azione Potenziare e consolidare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive, delle ICA e AMR, il sistema di sorveglianza speciale della tubercolosi. Rendere disponibile l'anagrafe vaccinale regionale. Migliorare il sistema informativo per la sorveglianza e il controllo delle malattie batteriche invasive	OSR cui si riferisce OSR 8.1; 8.2; 8.3; 8.6; 8.10; 8.11; 8.13
	Descrizione dell'azione 1. Potenziare il sistema di sorveglianza delle malattie infettive sensibilizzando (attraverso incontri, corsi di formazione, restituzione dati) tutti i segnalatori (clinici dei Reparti, Laboratori di Microbiologia, Direzione Medica, MMG e PLS) in particolare rispetto a: - aumentare la sensibilità del sistema di segnalazione e notifica di tutte le malattie infettive; - aumentare la tempestività nella segnalazione delle malattie infettive di classe I - DM 15/12/90; - assicurare la completezza dei dati di sorveglianza per le malattie infettive oggetto di sorveglianza speciale (tubercolosi, morbillo, MTA e legionellosi); - restituzione dei dati tramite report e corsi di formazione. La nuova piattaforma informatizzata è stata completata e adottata da tutte le ASL nel 2017, pertanto l'indicatore sentinella è raggiunto; attualmente l'utilizzo della piattaforma è a regime.	
	2. Consolidare, coordinare e potenziare le attività di sorveglianza in tema di ICA e AMR in coerenza e secondo quanto previsto dal PNCAR, nello specifico: - predisposizione e sviluppo delle azioni di coordinamento previste dal PNCAR: individuazione dei riferimenti tecnici regionali e aziendali; - pianificazione delle attività regionali dedicate alla sorveglianza delle ICA, AMR e consumo di antibiotici secondo le indicazioni del PNCAR; - predisposizione e sviluppo delle nuove attività di sorveglianza previste dal PNCAR: valutazione di fattibilità e disegno delle nuove sorveglianze; - avvio dello sviluppo del sistema regionale di sorveglianza degli isolamenti di laboratorio in coerenza e contestualmente allo sviluppo della sorveglianza nazionale AR-ISS; - pubblicazione nel 2019 del report con i dati dei consumi di antibiotici riferiti al 2018.	
	3. 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: - completamento del programma di estensione regionale delle anagrafi vaccinali e attivazione dell'anagrafe unica regionale; - analisi dei dati storici di attività vaccinale; - costruzione degli indicatori di copertura per coorte di nascita. Nel corso degli anni 2015-2017 è stato completato il collegamento di tutte le anagrafi vaccinali aziendali al connettore regionale; nel 2019 sarà disponibile l'anagrafe vaccinale regionale completa.	
	4. Potenziare il sistema di sorveglianza speciale della tubercolosi: - assicurare la completezza delle informazioni richieste dalla sorveglianza delle attività di screening e trattamento dei contatti e degli esiti del trattamento.	
	5. Migliorare il sistema informativo per la sorveglianza e il controllo delle malattie batteriche invasive attraverso: - aumento della tempestività dello scambio di informazioni tra i Reparti, i Laboratori di Microbiologia, le Direzione Medica e i Servizi di Sanità Pubblica delle ASL, il Laboratorio di Microbiologia delle Molinette, il livello regionale (SeREMI) per la conferma della diagnosi eziologica, per l'eventuale profilassi dei contatti e per la tipizzazione dei patogeni; - aumento della completezza dei dati sui casi, in particolare sullo stato vaccinale, sull'esito, su eventuali sequele e patologie predisponenti. Viene inserito un nuovo indicatore sentinella relativo alla tipizzazione dei ceppi di meningococco e pneumococco.	
	Livello cui si colloca: Regionale e Locale (tutte le ASR)	
	Periodo di attuazione: 2015-2019	

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
	2015	2016	2017	2018	2019
Indicatore sentinella: Adozione nuova piattaforma informatizzata	Progetto	Sviluppo	12/12	12/12	
Indicatore sentinella: Completamento programma anagrafe unica vaccinale	11/12	11/12	11/12	12/12	Presenza anagrafe unica completa regionale
Indicatore sentinella: Attivazione sistema sorveglianza contatti TB	Progetto	Sviluppo	12/12	12/12	12/12
Indicatore sentinella: Attivazione sistema sorveglianza uso antibiotici	Progetto	Sviluppo	Attivo	Attivo	Report consumo antibiotici 2018
Indicatore sentinella: Tipizzazione ceppi malattie invasive da meningococco e pneumococco				90%	90%
Pianificazione delle attività di sorveglianza regionali dedicate al controllo delle antibioticoresistenze				Produzione documento di rilevazione e fattibilità per la pianificazione regionale	Produzione del documento di pianificazione

Azione 8.5.1 Definizione di programmi regionali di prevenzione e controllo	Obiettivi e descrizione dell'azione 1. Consolidare, coordinare e potenziare le attività di prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ambiti sanitari e in coerenza e secondo quanto previsto dal PNCAR, nello specifico: • Predisposizione e sviluppo delle azioni per il coordinamento previste dal PNCAR: individuazione del riferimento tecnico regionale e aziendale per le ICA e del riferimento aziendale per il buon uso degli antibiotici. • Prosecuzione e consolidamento delle attività di prevenzione delle ICA in ambito ospedaliero, compresa la relazione annuale prevista in tutte le strutture ospedaliere sugli obiettivi e indicatori assegnati. Inoltre, nel 2018 si prevede l'adozione nelle RSA del Protocollo igiene mani e di indicazioni sull'uso del gel idroalcolico; nel 2019 sarà sviluppato un sistema di monitoraggio dell'adesione al Protocollo. • Potenziamento del coordinamento e dell'integrazione della prevenzione delle ICA tra ospedale e territorio. 2. Assicurare efficacia ed efficienza in caso di emergenza infettiva tramite la definizione di responsabilità, la razionalità e la tempestività degli interventi: • definizione della dotazione strumentale, • integrazione con specialisti e istituzioni coinvolti a vario titolo (in particolare con il personale del 118, Istituto Zooprofilattico sperimentale, ARPA, Protezione Civile, Prefetture, forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco). • 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; nel nuovo Piano regionale per le emergenze infettive confluiscono il Nuovo Piano Coronavirus, l'aggiornamento dei Piani agenti classe IV e il Piano pandemia influenzale, previsti nel precedente PRP. Vengono modificati di conseguenza gli indicatori di processo. A questo proposito, nel 2016 è stata effettuata la valutazione di priorità e fattibilità della realizzazione e aggiornamento di piani regionali dedicati alle emergenze infettive; nel 2017 si è proceduto alla ricognizione dei sistemi e strutture nazionali e regionali dedicati alle emergenze e integrazioni operative; sempre nel 2017 è stato avviato lo sviluppo di un prototipo di documento operativo guida per la rapida pianificazione e organizzazione basato sulla modalità di trasmissione aerea. Nel 2018 proseguirà lo sviluppo del prototipo di documento operativo, avviata nel 2017, che sarà ultimato nel 2019. • Nel 2016 è stato adottato il Piano piemontese malattie trasmesse da vettori. 3. Ridurre i rischi di trasmissione di Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST) attraverso la predisposizione e attuazione della riorganizzazione della rete dei Centri IST tramite l'unificazione dei tre Centri IST della Città di Torino, in modo tale da assicurare una risposta esaustiva non solo in termini di diagnosi e trattamento delle IST, ma riguardo alla salute sessuale nel suo complesso. 4. Accrescere il sospetto diagnostico e promuovere l'implementazione di interventi efficaci per aumentare la aderenza al trattamento della TB e dell'ITBL: • Massimizzare la copertura dello screening per la ricerca della malattia tubercolare rivolto ai profughi accolti in Piemonte e assicurare l'attuazione tempestiva delle misure di controllo in ottemperanza alle indicazioni e ai protocolli regionali. • Realizzare 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. 5. Mantenere elevati livelli di copertura vaccinale e contrastare il fenomeno di rifiuto delle vaccinazioni: • Aggiornamento del Piano Piemontese di Promozione delle Vaccinazioni in attuazione degli obiettivi del Piano nazionale di Prevenzione vaccinale e della Legge n. 119/2017. • Le ASL dovranno effettuare la verifica della documentazione vaccinale nei rapporti scuola/ASL per l'applicazione della Legge n. 119/2017, a questo proposito è stato inserito un indicatore per monitorare il controllo degli elenchi dei bambini in regola con quanto previsto dalla norma. 6. Adottare il Piano di offerta del test HIV in Piemonte declinando a seconda delle specificità locali gli strumenti e le modalità organizzative più idonei per una efficace applicazione.	OSR cui si riferisce OSR 8.5; 8.7; 8.9; 8.13
---	--	--

Livello cui si colloca: Regionale e Locale (tutte le ASR)					
Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Predisposizione nuovi piani:</i>					
Coronavirus (confluisce in nuovo piano emergenze)		Documento Analisi organizzativa e Progettazione piano	Realizzazione Piano	-----	-----
<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 (confluisce in nuovo piano emergenze)		Report Analisi di contesto	Adozione piano regionale	-----	-----
Piano Pandemia Influenzale (confluisce in nuovo piano emergenze)			Report Analisi di contesto	-----	-----
Prosecuzione e consolidamento delle attività ospedaliere per la prevenzione delle ICA				Invio relazione annuale prevista su obiettivi e indicatori assegnati	Invio relazione annuale prevista su obiettivi e indicatori assegnati
Aggiornamento Piano regionale per le emergenze infettive				Elaborazione bozza aggiornamento Piano regionale per le emergenze infettive	Produzione del Piano regionale per le emergenze infettive
Emergenze malattie infettive. Aggiornamento e predisposizione Piani dedicati				Sviluppo del prototipo di documento operativo	Produzione documento operativo regionale per la pianificazione e organizzazione
Indicatore sentinella: % elenchi restituiti dalle scuole controllati dai servizi vaccinali delle ASL				100%	100%
Adozione protocollo igiene mani e indicazioni sull'uso del gel idroalcolico				Adozione nelle RSA del Protocollo	Sistema di monitoraggio dell'adesione al Protocollo

Azione 8.5.2 Azioni di comunicazione e formazione	Obiettivi e descrizione dell'azione Nel 2017 è stato promulgato il Piano nazionale PNCAR che ha rimodulato le priorità e le azioni da svolgere nei prossimi anni per il controllo delle antibioticoresistenze. Inoltre è stata approvata la Legge n. 119/2017 che istituisce l'obbligo vaccinale, modulando e istituendo una serie di azioni per aumentare le coperture vaccinali. Pertanto, il progetto di costruzione del blog di comunicazione sociale è stato abbandonato anche dalle altre regioni. Inoltre in questa azione vengono introdotte iniziative di formazione rivolte agli operatori. Di conseguenza, tutti gli indicatori di processo sono stati aggiornati. Si prevedono le seguenti attività: 1. Sviluppare attività di comunicazione alla popolazione e formazione al personale sanitario sul tema AMR e uso antibiotici, in coerenza e secondo quanto previsto dal PNCAR, nello specifico: - predisporre e sviluppare le azioni per il coordinamento previste dal PNCAR: individuazione del riferimento tecnico regionale e aziendale per la comunicazione e per la formazione; - attuare iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione: ogni anno si prevede la partecipazione alla giornata di sensibilizzazione europea dedicata, con il coinvolgimento delle strutture di ricovero per acuti e cronici, le farmacie territoriali; nel 2019 la Regione parteciperà all'indagine conoscitiva nazionale sulla percezione e uso antibiotici nella popolazione; - potenziare ed estendere le attività di formazione rivolte al personale sanitario. 2. Promuovere l'uso consapevole delle sostanze antimicrobiche nelle terapie mediche e nel settore alimentare, attraverso campagne rivolte ai gruppi professionali sanitari e alle categorie produttive interessate, in coerenza con le indicazioni nazionali: - condurre, nell'ambito delle azioni rivolte al buon uso degli antibiotici e coordinate con quelle, azioni di comunicazione, - sensibilizzare e formare il personale sanitario e i prescrittori sull'antibioticoresistenza e sul buon uso degli antibiotici attraverso iniziative formative rivolte ai prescrittori ospedalieri e del territorio: in particolare, nel 2018 è previsto almeno un corso di formazione FAD-ECM regionale rivolto a personale sanitario ASR e prescrittori; nel 2019 verrà condotta la valutazione dell'adesione e del gradimento e la rilevazione dei bisogni formativi; - programmare campagna di comunicazione per gli utilizzatori di sostanze antimicrobiche nella produzione alimentare (settore zootecnico); - effettuare valutazione organizzativa, valutazione target e modalità formative per la promozione della consapevolezza negli addetti alla zootecnia. 3. Promuovere l'importanza delle vaccinazioni nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio, attraverso la sensibilizzazione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli altri operatori sanitari regionali: - coinvolgimento attivo dei MMG e PLS nella vaccinazione antinfluenzale e nella vaccinazione antipneumococcica dell'adulto e nella sensibilizzazione dei soggetti a rischio nei confronti delle vaccinazioni contro le malattie batteriche invasive, anche attraverso un corso regionale ad hoc; - predisposizione e sviluppo della campagna informativa e corsi di aggiornamento rivolti a MMG e PLS.	OSR cui si riferisce OSR 8.5; 8.7; 8.9; 8.13
	Livello cui si colloca: Regionale e Locale (tutte le ASR)	
	Periodo di attuazione: 2015-2019	

	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Campagna antibiotico resistenze	Valutazione strumenti	Individuazione strumenti Sviluppo campagna comunicazione	Produzione documento Avvio campagna informativa	----	----
	Comunicazione alla popolazione sul buon uso degli antibiotici e AMR				Almeno il 50% delle ASL predispone un evento in occasione della giornata di sensibilizzazione europea dedicata	Almeno il 75% delle ASL predispone un evento in occasione della giornata di sensibilizzazione europea dedicata
	Sensibilizzazione e formazione del personale sanitario e dei prescrittori sull'antibiotico resistenza e buon uso degli antibiotici				Almeno un corso di formazione FAD-ECM	Documento di valutazione del corso FAD
	Comunicazione sociale vaccinazioni	Analisi di contesto	Sviluppo Blog	Realizzazione e Attivazione Blog	----	----
	Formazione MMG e PLS riguardo le vaccinazioni obbligatorie				Almeno un corso di formazione per pediatri di libera scelta e medici di medicina generale	Almeno un corso di formazione per pediatri di libera scelta e medici di medicina generale

PROGRAMMA 9

**SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA
E SICUREZZA ALIMENTARE**

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR
MO 10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	OC 10.1 Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, medicina veterinaria, ambiente e agricoltura	OSR 9.1 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	Indicatore per OSR 9.1 Produrre documento programmazione e rendicontazione PRISA/PAISA annuale tutte le ASL Numero di protocolli di intervento integrato/accordi	Standard per OSR 9.1 Documenti di programmazione e rendicontazione annuali Almeno 2 protocolli/accordi
	OC 10.2 Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	OSR 9.2 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. Definire strategie di intervento per la riduzione dell'impiego di antibiotici in allevamento. Controllo tempi di sospensione. Controllo random dichiarazione al macello con registro di stalla	Indicatore per OSR 9.2 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)	Standard per OSR 9.2 Almeno 1 evento nell'80% delle ASL
	OC 10.3 Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore veterinario	OSR 9.3 Mantenere aggiornati gli strumenti per potenziare le indagini epidemiologiche sulle MTA. 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	Indicatore per OSR 9.3 Revisione di linee di indirizzo e accordi per il miglioramento della capacità diagnostica dei laboratori	Standard per OSR 9.3 Almeno 1 documento di revisione linee di indirizzo/accordo
	OC 10.4 Completare i sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi.	OSR 9.4 Individuare strategie e obiettivi per l'implementazione delle anagrafi delle imprese alimentari e del settore dei mangimi	Indicatore per OSR 9.4 Percentuale di conformità agli indirizzi nazionali delle anagrafi regionali/ASL	Standard per OSR 9.4 100% conformità
	OC 10.5 Gestire le emergenze epidemiche veterinarie e non e gli eventi straordinari	OSR 9.5 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	Indicatore per OSR 9.5 - Piano di intervento per la gestione delle emergenze. - Eventi esercitativi/formativi su base regionale.	Standard per OSR 9.5 - Revisione/implementazione piano gestione emergenze - Almeno 2 eventi esercitativi/formativi su base regionale

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

Quadro strategico

La maggior parte degli obiettivi centrali proposti prevedono 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 2015-2018 approvato con DGR 3 giugno 2015 n. 25-1513), 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 in un unico settore, ha consentito di iniziare un processo di integrazione tra le componenti medica e veterinaria.

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 e 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. In tale contesto, particolare importanza riveste la collaborazione con i programmi di promozione della salute che hanno l'obiettivo di fornire informazioni ai cittadini tenendo conto, per quanto riguarda la sicurezza alimentare, delle evidenze scientifiche disponibili al fine di evitare l'instaurarsi nella popolazione di preoccupazioni infondate (o non confermate) tali da influire sulle abitudini alimentari.

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 2015-2019, continuerà la ricerca di accordi per consolidare ed ampliare un coordinamento tra i diversi organi di controllo che effettuano verifiche nel campo della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare, dipendenti da altre amministrazioni al livello regionale o nazionale.

Questo 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.

Profilo di salute e trend dei fenomeni

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.

Con l'**aumento della popolazione mondiale**, il cambiamento degli stili alimentari e i rischi di riduzione delle produzioni agricole legata al cambiamento climatico, la sfida della sicurezza alimentare intesa come disponibilità di una quantità di cibo sano e sostenibile (*food security*) è sempre più di portata epocale. La FAO in un suo recente documento *World agriculture: towards 2015/2030. Summary report* (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, Rome) afferma invece che la percezione sulla crescita esponenziale della popolazione mondiale sia da considerarsi errata in quanto le percentuali di crescita, che hanno toccato la punta massima 30 anni fa, si stanno riducendo con un trend che potrebbe passare dall'oltre 2%/anno del 1960 allo 0,8% nel periodo 2025-30. Si tratta comunque di una crescita stimata di 77 milioni/anno che potrà avere forte impatto sulle produzioni agricole e sulla dieta. Si prevedono forti aumenti di consumo di carni, di oli vegetali e di zuccheri mentre dovrebbero rimanere sui livelli attuali i consumi di cereali e legumi.

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.

Il WHO ha recentemente pubblicato il primo rapporto sul carico globale delle malattie di origine alimentare (World Health Organization [2015], *WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne disease burden*, Epidemiology reference group 2007-2015). Il documento, che considera stime globali e regionali sull'impatto delle suddette malattie, conferma l'impatto della sicurezza alimentare nello stato di salute dei Paesi. Nonostante la presenza di dati ancora incompleti e le limitazioni di queste prime stime, risulta chiaro che il peso globale delle malattie di origine alimentare sia considerevole e che riguardi persone di ogni età. Si stima che nel complesso i 31 agenti di rischio nell'anno 2010 abbiano causato globalmente circa 600 milioni di casi di malattia di origine alimentare (Intervallo di Confidenza IC 95% 420-960 milioni) e circa 420.000 morti (IC 95% 310.000-600.000). In particolare, i problemi provocati dalle MTA si ripercuotono soprattutto sui bambini con età inferiore ai 5 anni. Da questo studio emerge che i danni di salute più importanti, collegati prevalentemente a carenze igieniche degli alimenti, interessano le regioni africane, seguite dal sud-est asiatico ed infine dalle regioni mediterranee orientali. L'Europa occidentale è, dopo gli Stati Uniti, la regione con il carico di malattia più basso che risulta sovrapponibile a quello delle principali malattie infettive.

Ancora sottostimato, nel determinismo di malattie a trasmissione alimentare, risulta il ruolo dei virus presenti negli alimenti. L'EFSA ha pubblicato una relazione scientifica sugli esiti di un seminario scientifico sui virus di origine alimentare, organizzato congiuntamente dall'EFSA e dalla Food Standards Authority del Regno Unito (*Cefas, 2016. Report of the Joint FSA/EFSA Workshop on Foodborne Viruses*), nella quale, alla luce del numero crescente di epidemie causate da virus di origine alimentare, sono state poi individuate le carenze nelle conoscenze ed individuate le esigenze per la ricerca:

- sviluppare e convalidare metodi diretti e indiretti per la valutazione dell'infezione da virus dell'epatite E;
- definire il ruolo del norovirus nei prodotti alimentari nel determinare l'insorgenza di malattia alimentare;
- sviluppare metodi di analisi affidabili per l'isolamento di norovirus e del virus dell'epatite A da matrici alimentari;
- sviluppare metodi standardizzati e metodi ISO per l'isolamento del virus dell'epatite E nelle carni e nei prodotti a base di carne;
- determinare l'impatto (*burden*) delle infezioni da virus dell'epatite E nell'uomo in Europa.

Per ridurre il *burden* delle MTA, migliorando i livelli di salute e assicurando uno sviluppo sostenibile degli Stati membri, la WHO ha definito un percorso con il documento *Strategic Plan for Food Safety Including Foodborne Zoonoses 2013-2022*. Il piano strategico prevede un rafforzamento dei sistemi nazionali per la sicurezza alimentare mediante un approccio proattivo ed efficiente nell'ambito di una cornice internazionale basata su 3 punti:

1. processi decisionali basati su evidenze scientifiche. Outcome: sviluppo e attuazione di norme, linee guida e raccomandazioni sulla sicurezza alimentare basate su valutazioni tecnico scientifiche;
2. collaborazione intersettoriale. Outcome: maggiore partecipazione alle reti intersettoriali per la riduzione dei rischi per la salute alimentare, inclusi quelli derivanti dall'interfaccia uomo-animale;
3. leadership e assistenza tecnica. Outcome: aumento del numero di Stati membri con un sistema di sicurezza alimentare basato sui rischi e strutturato dal punto di vista operativo.

Le sfide introdotte dal Piano di Prevenzione riguardano l'**antibioticoresistenza**. Lo stato di salute degli animali è direttamente collegabile all'impiego di antibiotici. Nel 2016 la Commissione europea, tramite il proprio strumento di indagine "Eurobarometro", ha voluto verificare la consapevolezza dei cittadini europei in materia di utilizzo degli antibiotici e conoscenza del fenomeno dell'*antimicrobial resistance* (AMR). Sebbene oltre 1/3 degli europei abbia fatto uso di antibiotici nell'anno solare che precedeva l'indagine, il consumo è nel complesso diminuito di circa il 6%, ma con enormi variazioni tra i diversi stati membri. L'Italia purtroppo rimane uno dei paesi che abusano maggiormente di antibiotici (con il 43% dei cittadini intervistati che ne ha fatto uso a livello domestico nell'ultimo anno), secondo tra i grandi paesi solo alla Spagna (47%). Le conoscenze generiche e specifiche su antibiotici e meccanismo di azione sono in buona parte ancora ignorate: il 57% degli europei (e il 72% degli italiani) non sa che gli antibiotici non hanno alcuna efficacia contro i virus. Le cause principali che hanno motivato ad assumere gli antibiotici risultano bronchite (18%), influenza (16%) e dolore alla gola (14%): tutti sintomi che possono essere attribuiti ad un quadro virale. Solo il 49% degli italiani sa che gli antibiotici non sono efficaci per l'influenza, contro il 79% dei finlandesi. Inoltre gli italiani sono i più ignoranti circa la consapevolezza che un uso smodato di antibiotici aumenti la resistenza dei batteri (solo un 58% lo sa), contro il 98% degli svedesi, il 96% degli olandesi, il 95% dei maltesi ed il 94% dei danesi e finlandesi. Nonostante l'abuso di antibiotici in campo umano, gli italiani dimostrano una tendenziale avversione per l'uso di antibiotici negli allevamenti, anche quando si rende necessario come trattamento. Solo il 44% degli intervistati italiani è infatti d'accordo con il fatto che gli animali d'allevamento ammalati debbano essere trattati con antibiotici quando questo viene considerato il trattamento più appropriato (contro il 56% della media europea). Inoltre solo il 39% degli intervistati italiani sa che l'utilizzo degli antibiotici per stimolare la crescita degli animali d'allevamento è proibito all'interno dell'Ue (la media europea, ancora più bassa, è del 37%).

La Commissione europea ha pubblicato *A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR)*, un nuovo *action plan* sull'AMR attraverso cui si impegna a dare supporto ai Paesi dell'UE per fronteggiare l'AMR. Il documento, che utilizza un approccio "One Health", è stato scritto sulla base del precedente piano (del 2011) e delle sue valutazioni. In Europa, secondo il rapporto ESVAC (European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption), le vendite complessive di antibiotici veterinari (mg/population correction unit - PCU) sono diminuite del 13,4% tra il 2011 ed il 2015. Secondo l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA), il rapporto "dimostra gli effetti positivi delle campagne di informazione avviate a livello nazionale per promuovere l'uso prudente degli antibiotici negli animali, finalizzate a combattere la resistenza antimicrobica". Il rapporto mostra comunque una situazione varia in tutta Europa, ma un calo delle vendite di almeno il 5% è stato osservato in 15 di questi Paesi. Tuttavia, 8 Stati hanno registrato un aumento delle vendite di oltre il 5%, un fenomeno su cui occorre agire, conclude l'EMA. Nel quinquennio esaminato da ESVAC, in Italia si è osservata una riduzione nel consumo di antibiotici e una riduzione

nelle vendite del 24%. Occorre precisare che sono state apportate “modifiche minime” ai dati delle vendite del 2014 per quattro paesi, fra cui l'Italia, che “ha individuato un errore per una premiscela, per la quale sono state segnalate tonnellate anziché il numero di confezioni”. La riduzione viene messa in relazione principalmente al calo dei dati di vendita delle tetracicline e delle penicilline, rispettivamente il 29% e il 27% del totale delle vendite nel 2015. Un'altra constatazione importante è stata che le vendite totali, sia in tonnellate che in mg/PCU, di agenti antimicrobici veterinari nei 30 paesi sono stati principalmente rappresentati da forme farmaceutiche che vengono utilizzate per il trattamento di massa (premix) o il trattamento di gruppo (polvere per via orale e soluzione orale). Tuttavia, questo dato varia notevolmente tra i paesi.

Le spiegazioni fornite da alcuni paesi sul calo delle vendite comprendono, tra l'altro, l'attuazione di campagne di utilizzo responsabile, le variazioni demografiche degli animali, le restrizioni all'utilizzo degli antibiotici, una maggiore consapevolezza della minaccia della antibiotico-resistenza e/o la determinazione degli obiettivi.

Il rapporto rileva che l'uso delle polimixine (classe di antibiotici che comprende la colistina) classificate dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come antibiotici di “importanza critica” è elevato negli allevamenti e sta aumentando anche negli ospedali, mentre l'uso dei chinoloni (anch'essi di importanza critica per l'OMS) negli animali aumenta le resistenze a questi farmaci in *Salmonella* e *Campylobacter* con maggior rischio di infezioni resistenti nell'uomo. L'uso di cefalosporine di terza e quarta generazione, per contro, è ridotto negli animali ma notevole nell'uomo, ed è connesso alla diffusione della resistenza a questi antibiotici in *E. coli* isolati dall'uomo.

In Italia la resistenza umana agli antibiotici si mantiene purtroppo tra le più elevate in Europa e quasi sempre al di sopra della media europea, come confermato a gennaio 2017 dal report *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015*, a cura dell'Ecdc, e già segnalato da novembre 2015 dalla sorveglianza dell'antibiotico-resistenza dell'ISS (Ar-Iss). 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). I risultati e le esperienze contribuiranno all'implementazione del nuovo sistema di “ricetta elettronica” elaborato dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni i cui obiettivi 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.

A livello regionale risulta di particolare interesse riportare la valutazione dei rischi effettuata dalla Direzione Agricoltura della Regione Piemonte, nel documento *Programma di sviluppo rurale della Regione Piemonte 2014-2020. Analisi di contesto e SWOT* che prende in considerazione i **rischi legati ai cambiamenti climatici** evidenziando il comparire in Piemonte di situazioni inusuali di siccità, un aumento delle temperature medie (con effetti sul ciclo delle colture) e una maggiore frequenza di eventi meteorologici estremi. Le variazioni climatiche possono inoltre variare i tempi di immissione sul mercato dei prodotti, con conseguenze commerciali negative per le produzioni deperibili in caso di picchi di offerta (es. ortofrutta fresca). Sono inoltre analizzati i possibili rischi per la salute delle piante: alcune fitopatie di difficile cura ed eradicazione presentano gravi effetti in termini di rilevanza produttiva e territoriale; negli ultimi anni i maggiori problemi sono causati dalla flavescenza dorata della vite, dalla batteriosi del kiwi e dal cinipide del castagno. Tali fitopatie mettono potenzialmente a rischio i settori colpiti e richiedono misure

di lotta complesse, talora radicali. Crisi di mercato sono inoltre periodicamente causate da shock legati alla sicurezza alimentare, il cui effetto è incrementato dalla globalizzazione degli scambi e dai meccanismi di enfattizzazione mediatica. Per quanto riguarda le produzioni animali, sono stati compiuti notevoli passi avanti attraverso i sistemi di gestione delle emergenze e la diffusione della tracciabilità; tuttavia rimangono rilevanti, sia in termini di impatto sanitario sia commerciale, i rischi legati alle principali epizootie quali ad esempio BSE, Blue Tongue, influenza aviaria. Sempre nell'ottica della sicurezza alimentare, è importante anche la questione delle micotossine nei cereali e dei conseguenti rischi di trasmissione nella catena alimentare, così come la corretta segregazione delle produzioni OGM, fortemente sgradite ai consumatori italiani, rispetto alle filiere convenzionali.

Nella relazione tra 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.

Azioni previste nel periodo

Obiettivi e attività in continuità con il precedente PRP

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: il PRISA più legato alla definizione di programmi e strumenti per l'attività di vigilanza e controllo, il programma sicurezza alimentare del PRP più orientato al perseguimento di aspetti di efficacia, appropriatezza, integrazione delle azioni, coordinamento, formazione, comunicazione. Per gran parte degli obiettivi le azioni saranno finalizzate al mantenimento o miglioramento degli standard esistenti.

Sintesi complessiva delle azioni previste

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 PRISA. 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'appropriata 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.

Con riferimento al dettaglio delle azioni previste, poiché l'obbligo di ricetta veterinaria elettronica andrà a regime dal 1/09/2018, si ritiene di prevedere entro il 2019 che in almeno l'80% delle ASL venga organizzato un evento di sensibilizzazione e informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco. La necessità di coordinamento tra autorità competenti e organi di controllo nel corso degli ultimi anni è stata recepita positivamente dal territorio e praticamente tutte le ASL piemontesi programmano regolarmente, ogni anno, almeno un evento formativo aperto agli organi di controllo esterni. Per quanto riguarda la gestione delle emergenze e degli interventi straordinari, nella prima parte di attuazione del programma è stata portata a termine l'attività di revisione/aggiornamento del protocollo per le emergenze epidemiche, per il 2019 si programma di completare l'aggiornamento del piano per la gestione delle emergenze non epidemiche. In merito all'attuazione dell'accordo 212/CSR del 10/11/2016 - *Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004*, prosegue l'attività di verifica ed attribuzione di prove analitiche ai laboratori dell'IZS PLV. In ultimo, al fine di elaborare strategie comuni finalizzate al miglioramento della comunicazione a soggetti istituzionali e portatori di interessi, si è programmato di definire un documento regionale di indirizzo sulla comunicazione efficace del rischio in sicurezza alimentare, in linea con le indicazioni fornite dalle Linee guida EFSA *When food is cooking up a storm* (terza edizione, 2017) e dal Ministero della Salute nel documento *I rischi in sicurezza degli alimenti. Perché, come e cosa è importante comunicare* (settembre 2017).

Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati

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 sulle economie delle imprese e di settori produttivi. La definizione e attuazione di controlli basati su valutazioni del rischio e appropriati contribuisce a 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.

Azione 9.1.1 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 OC 10.1 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 OC 10.2 Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	Obiettivi dell'azione Integrare competenze e professionalità. Valutare e monitorare criticità e problematiche emergenti. Proporre opzioni gestionali appropriate rispetto a rischi definiti.	OSR cui si riferisce: 9.1 9.2				
	Descrizione dell'azione 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 nuovi 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. Sarà formalizzato il gruppo di lavoro che comprende i componenti del gruppo PRP e i rappresentanti dei settori regionali della Sanità, ARPA, IZS, DORS, ASL (SVet, SIAN, SISP, SPRESAL), e che 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 ha i seguenti compiti: • redigere e monitorare i programmi PRP relativi al MO 10; • proporre schemi di rendicontazione sintetici dei dati di attività ai fini della definizione di trend, valutazione di impatto e proposte di pianificazione e indirizzo; • svolgere attività di documentazione e raccolta bibliografica sui rischi collegati alla sicurezza alimentare anche nell’ottica di assicurare che le informazioni fornite dal Sistema Sanitario Regionale, ed in particolare dai sanitari che si occupano di promozione della salute, siano appropriate e coerenti; • eseguire un’analisi dei bisogni formativi e formulare proposte per la strutturazione del programma formativo regionale; • proporre strategie per la comunicazione del rischio; • 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. In considerazione del fatto che l’obbligo di ricetta veterinaria elettronica sarà a regime dal 1/09/2018, si sposta lo standard atteso al 2019 (l’80% delle ASL dovrà organizzare nel corso dell’anno almeno un evento di sensibilizzazione e informazione/formazione sull’informatizzazione della gestione del farmaco).					
	Livello cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro e svolgimento delle riunioni (lettera di convocazione e verbale/sintesi proposte di intervento)	1	1	1	1	1
	Numero documenti (schede, sintesi, revisione letteratura, proposte gestionali, definizione strategie di comunicazione, ...)	1	1	1	1	1
	Indicatore sentinella: Evento regionale di sensibilizzazione e informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco	--	Almeno 1 evento nel 30% delle ASL	Almeno 1 evento nel 50% delle ASL	Almeno 1 evento nel 70% delle ASL	Almeno 1 evento nell'80% delle ASL

Azione 9.1.2 Migliorare il livello di coordinamento tra Autorità competente Organi di controllo OC 10.1 Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, medicina veterinaria, ambiente e agricoltura	Obiettivi dell'azione Promuovere e migliorare il livello di coordinamento tra le diverse Autorità ed i diversi organi di controllo			OSR cui si riferisce: 9.1, 9.2		
	Descrizione dell'azione 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: • 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; • 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; • predisporre protocolli di intervento integrato che descrivano i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l’obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.); • 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.). In considerazione del fatto che la necessità di coordinamento tra autorità competenti e gli organi di controllo è stata recepita positivamente da gran parte delle ASL piemontesi, si programma di elevare lo standard atteso del 50% portandolo al 60% relativamente al numero di eventi formativi aperti agli organi di controllo esterni.					
	Livello cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: 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.)		1		-----	-----
Produrre documento programmazione e rendicontazione PAISA tutte le ASL	100%	100%	100%	100%	100%	
Percentuale degli eventi formativi aperti a organi di controllo esterni		30%	40%	50%	60%	

Azione 9.3.1 Potenziare il sistema di sorveglianza e gestione MTA OC 10.3 Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore veterinario	Obiettivi dell'azione Aggiornare e implementare gli strumenti per potenziare le indagini epidemiologiche sulle MTA			OSR cui si riferisce: 9.3		
	Descrizione dell'azione 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. Con Determinazione dirigenziale n. 340 del 12/05/2011 è stato istituito il gruppo di lavoro regionale che ha il compito di coordinare e indirizzare le attività di sorveglianza MTA. Le attività previste per aumentare la capacità del sistema di rilevare gli episodi di MTA e di individuarne le cause sono le seguenti: - 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; - definire un programma di informazione/formazione per gli operatori; Nel corso del 2017 è stato predisposto uno studio di fattibilità per la realizzazione di un sistema di sorveglianza sulle MTA, basato sulla pulsotipizzazione, per gli episodi non epidemici, che utilizza il network esistente dei laboratori ospedalieri e del laboratorio dell'IZS. Si programma di completare la revisione delle Linee guida regionali per la gestione delle malattie trasmesse da alimenti avviata negli anni scorsi a seguito di un confronto tra il gruppo di lavoro regionale e i gruppi aziendali.					
	Livello cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Revisione linee di indirizzo e documenti per l'attività di sorveglianza sulle MTA	50%	100%		Predisposizione Linee di indirizzo e documenti	Approvazione Linee di indirizzo e documenti
	Numero interventi di informazione/formazione sulla gestione degli episodi di MTA	1	1	1	-----	1
	Documento con studio di fattibilità			100%	-----	-----

Azione 9.4.1 Completare i sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi OC 10.4 Completare i sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi	Obiettivi dell'azione Assicurare l'affidabilità dei sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi			OSR cui si riferisce: 9.4		
	Descrizione dell'azione 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. Attività previste: - recepire e diffondere i criteri e gli indirizzi concordati in sede interregionale per l'implementazione dell'anagrafe delle imprese alimentari e del settore mangimi; - organizzare eventi formativi a livello regionale e locale finalizzati all'applicazione degli indirizzi regionali per la corretta alimentazione delle anagrafi; - uniformare e coordinare a livello regionale la condivisione delle anagrafiche presenti presso Amministrazioni diverse; - valutare lo stato di adeguamento dei sistemi informativi/informatici e l'adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004".					
	Livello cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Percentuale di conformità delle anagrafi regionali, o in alternativa delle ASL, alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"	50%	70%	90%	100%	100%
Percentuale di implementazione informatica del sistema informativo nazionale SINSVA per la gestione delle anagrafiche degli OSM, anche in cooperazione applicativa				100%	100%	

Azione 9.5.1 Gestire le emergenze in medicina veterinaria OC 10.5 Gestire le emergenze epidemiche veterinarie e non e gli eventi straordinari	Obiettivi dell'azione				OSR cui si riferisce: 9.5	
	Assicurare che i protocolli per le emergenze ed interventi straordinari siano aggiornati e appropriati. Assicurare che i servizi siano pronti ad intervenire in caso di emergenze epidemiche e non epidemiche in medicina veterinaria ed eventuali interventi straordinari.					
	Descrizione dell'azione					
	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 http://www.oie.int/animal-health-in-the-world/the-world-animal-health-information-system/national-disease-contingency-plans/					
	Attività previste:					
	• predisporre una raccolta di tutti i protocolli disponibili per la gestione delle emergenze epidemiche (effettuata nel 2017) e non epidemiche in medicina veterinaria ed eventuali interventi straordinari; • completare 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; • 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.					
	Nel 2017 è stata portata a termine l'attività di revisione/aggiornamento delle procedure per la gestione delle emergenze epidemiche, per il 2019 si programma di completare l'aggiornamento del piano per la gestione delle emergenze non epidemiche.					
	Nel 2018 si svolgerà un evento esercitativo su scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante la sicurezza alimentare, relativo alle MTA (v. azione 9.3.1).					
	Livello cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
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				100%	-----	Piano per la gestione delle emergenze non epidemiche aggiornato
Numero incontri di divulgazione/ formazione per la diffusione dei protocolli a livello regionale		1		1	-----	-----
Numero eventi esercitativi su scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale				1	-----	-----
Numero eventi esercitativi su scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante la sicurezza alimentare					1	-----

Azione 9.6.1 Prevenzione malattie infettive fauna selvatica OC 10.6 Prevenire le malattie infettive e diffuse trasmissibili tramite vettori animali.	Obiettivi dell'azione Implementare protocolli e programmi di sorveglianza della fauna selvatica per la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili al patrimonio zootecnico e all'uomo.		OSR cui si riferisce: 9.6				
	Descrizione dell'azione 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: - implementare il 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 aviare, Pseudopeste aviare, 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; - mantenere la 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). Il piano regionale di monitoraggio sanitario delle principali popolazioni selvatiche viene regolarmente applicato dalle Aziende sanitarie. Si programma di spostare il valore atteso per il 2018 relativo al n. di malattie dei selvatici da monitorare, al 2019.						
	Livello cui si colloca: Regionale, locale, puntuale						
	Periodo di attuazione: 2015-2019						
	Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità				
			2015	2016	2017	2018	2019
	Approvazione del piano di monitoraggio		100%	-----	-----	-----	-----
Numero malattie dei selvatici monitorate		4	4	5	5	6	
Proporzione dei campioni prelevati/campioni programmati		100%	100%	100%	100%	100%	
Report di verifica dei risultati		-----	-----	1	1	1	

Azione 9.7.1 Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio per i controlli OC 10.7 Assicurare un'appropriata capacità della rete dei laboratori pubblici	Obiettivi dell'azione 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.				OSR cui si riferisce: 9.7	
	Descrizione dell'azione 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. Si è concluso nel 2017 il passaggio delle prove analitiche tra ARPA e IZS. Si prevede di incrementare progressivamente la percentuale di analisi previste dall'accordo Regione Piemonte - IZS svolte direttamente dal laboratorio assegnatario (90% a fine 2019). Pertanto il valore atteso del primo indicatore viene modificato. Ulteriori attività previste: - revisione periodica del protocollo per l'utilizzo delle nuove prove analitiche prima del loro impiego nel controllo ufficiale; - formazione locale degli operatori e valutazione della qualità e appropriatezza del campionamento e della gestione del risultato analitico.					
	Livello cui si colloca: Regionale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità			
			2015	2016	2017	2018
Percentuale di prove analitiche, previste dall'Accordo, che sono attribuite al laboratorio assegnatario, secondo il cronoprogramma					50%	90%
Indicatore sentinella: 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)					1	1

Azione 9.8.1 Migliorare la qualità nutrizionale e la sicurezza dell’offerta alimentare <i>OC 10.9</i> <i>Aumentare l’offerta di alimenti idonei a soggetti allergici o intolleranti</i> <i>OC 10.10</i> <i>Ridurre i disordini da carenza iodica</i>	Obiettivi dell’azione Migliorare la conoscenza e la capacità di gestione dei rischi nutrizionali e da allergeni da parte degli operatori del settore alimentare. Aumentare la disponibilità di alimenti salutarì.		OSR cui si riferisce: 9.8.			
	Descrizione dell’azione • Interventi di sorveglianza/ vigilanza nutrizionale nelle ristorazione collettive e negli esercizi di vendita, secondo la programmazione e la modulistica trasmessa annualmente alle ASL nell’ambito del PRISA. • Accordi con imprese alimentari/Associazioni per il miglioramento della qualità nutrizionale anche mediante riformulazioni di prodotto. • Interventi informativi /formativi in tutte le ASL rivolti a operatori del settore alimentare finalizzati ad aumentare l’offerta di alimenti idonei a soggetti allergici o intolleranti. • Interventi per verificare la disponibilità e l’utilizzo di sale iodato nelle ristorazioni collettive e negli esercizi di vendita; i dati relativi agli interventi, raccolti attraverso il sistema informativo regionale, vengono poi rendicontati al Ministero della Salute e ISS. • Corsi di formazione per operatori del settore alimentare.					
	Livello cui si colloca: Regionale/locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: Raccolta annuale dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato e trasmissione al MS e ISS secondo il percorso standardizzato previsto		1	1	1	1
Eventi informativi/formativi per gli operatori del settore alimentare/anno	1/ ASL	1/ ASL	1/ ASL	1/ ASL	1/ASL	
Interventi di vigilanza/valutazione nutrizionale nella ristorazione collettiva	20/ASL	20/ASL	20/ASL	20/ASL	20/ASL	

Azione 9.9.1 Formazione del personale delle Autorità competenti OC 10.11 Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale	Obiettivi dell'azione		OSR cui si riferisce:			
	Assicurare che il personale delle autorità competenti regionale e locali, sia adeguatamente formato.		9.9			
	Descrizione dell'azione					
	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. Attività previste: predisporre, attuare e riesaminare un programma di formazione regionale che preveda un coordinamento degli eventi formativi regionali e locali, completando il programma di formazione ACR/ACL del personale addetto ai controlli ufficiali; dal 2019 l'obiettivo sarà il mantenimento delle competenze per il 100% del personale addetto.					
	Livello cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità			
		2015	2016	2017	2018	2019
Percentuale di personale addetto ai controlli ufficiali ACR/ACL formato	80%	90%	95%	100%	100%	
Numero eventi formativi/anno	1	1	1	1	1	
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	95%	95%	97%	100%	100%	
Presenza della programmazione della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del percorso base	25%	50%	75%	100%	100%	

Azione 9.10.1 Audit sulle Autorità competenti <i>OC 10.12</i> <i>Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004</i>	Obiettivi dell'azione Assicurare che vengano effettuati gli audit sulle autorità competenti			OSR cui si riferisce: 9.10		
	Descrizione dell'azione 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 i servizi veterinari, l'Organizzazione Internazionale per le Epizoozie (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 - http://www.oie.int/support-to-oie-members/pvs-evaluations/oie-pvs-tool/). Attività previste: • conclusione, nel 2018, dell'attività basata sulle indicazioni contenute nelle linee guida 2015-2018 • predisposizione delle nuove linee guida per gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004 e programmare gli interventi per il periodo 2019-2022; • realizzazione ogni anno degli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004. Alla luce dei cambiamenti intervenuti nel contesto organizzativo, nel 2019 si prevede la realizzazione di almeno 3 audit.					
	Livello cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Approvazione nuove linee guida				-----	Nuove Linee guida approvate
	Indicatore sentinella: Numero audit sulle ACL/anno	da 4 a 6	da 4 a 6	da 4 a 6	da 4 a 6	da 3 a 4
	Numero audit su ACR/anno	1	1	1	1	1
	Documento di rendicontazione dell'attività di audit svolta con riesame del programma	1	1	1	1	1

Azione 9.11.1 Definire strategie di comunicazione	Obiettivi dell'azione Miglioramento della comunicazione a soggetti istituzionali e portatori di interesse			OSR cui si riferisce: 9.11		
	Descrizione dell'azione 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, compresi i consumatori, 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. Attività previste: • elaborazione di documenti/ relazioni sintetiche su programmi e risultati del controllo ufficiale, aggiornamenti su tematiche di attualità. Condivisione di metodologie di comunicazione efficace; • definizione e implementazione di una strategia di comunicazione dell'ACR e delle ACL. Sulla base della documentazione già prodotta, si programma di elaborare un documento regionale di indirizzo sulla comunicazione efficace del rischio in sicurezza alimentare, in linea con le indicazioni fornite dalle Linee guida EFSA <i>When food is cooking up a storm</i> - terza edizione, 2017 e dal Ministero della Salute nel documento <i>I rischi in sicurezza degli alimenti. Perché, come e cosa è importante comunicare</i> (settembre 2017). Si prevede che almeno il 50% delle ASL attui a partire dal 2018 interventi coordinati, sulla base degli indirizzi regionali, incrementando progressivamente la copertura (100% nel 2019).					
	Livello cui si colloca: Regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Redazione documento di analisi e indirizzo per le attività di comunicazione		1		1	-----
	Numero interventi coordinati di comunicazione/anno in tutte le ASL				50%	100%

PROGRAMMA 10

**GOVERNANCE, ORGANIZZAZIONE E MONITORAGGIO
DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE**

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR
Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione	Utilizzare i dati derivanti dai sistemi di sorveglianza di popolazione per la pianificazione sanitaria Rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci; Implementare nuovi interventi più costo-efficaci; 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; Adeguare l'information technology e integrare i sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale; 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; Utilizzare gli strumenti di gestione e budgeting aziendali per aumentare l'efficienza nell'ottemperare agli adempimenti normativi; 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.	OSR 10.1. Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa OSR 10.2. Presidiare la selezione e implementazione di interventi efficaci OSR 10.3. Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale OSR 10.4. Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano OSR 10.5. Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano	Indicatore OSR 10.1 Relazione annuale con i risultati del monitoraggio Indicatore OSR 10.2 Attivazione del laboratorio regionale della prevenzione EBP Indicatore OSR 10.3 Atto regionale Indicatore OSR 10.4 Aziende che hanno realizzato eventi formativi per operatori/ totale Aziende Indicatore OSR 10.5 Eventi /incontri/ tavoli tematici a sostegno delle politiche per la salute e per gli obiettivi di del Piano a livello regionale e nelle ASL	Standard OSR 10.1 Relazione presente Standard OSR 10.2 Laboratorio attivo Standard OSR 10.3 Atto presente Standard OSR 10.4 100% Standard OSR 10.5 Un evento regionale ed eventi nel 100% delle ASL

Quadro strategico

Dal 2009¹ la Regione Piemonte si è dotata di una architettura organizzativa per la prevenzione che valorizza il ruolo di *stewardship*, articolato su un livello regionale e un livello locale, con l'obiettivo 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 2012-2015² e dal PRP 2014-2018.

Il **Coordinamento operativo regionale della prevenzione (CORP)** include rappresentanti delle 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, e i 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 svolto in questi anni 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, sotto la guida del Coordinatore operativo PRP.

A livello locale, la funzione di Direzione integrata della prevenzione, pensata per integrare, coordinare e armonizzare attività e strutture aziendali rispetto agli obiettivi del PRP, è svolta dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, o suo delegato. In tutte le ASL, tale figura ha garantito la redazione e il **coordinamento del Piano Locale di Prevenzione (PLP)**, lo sviluppo di azioni di accompagnamento e supporto alla sua realizzazione, il monitoraggio dello stato di attuazione e del grado di raggiungimento degli obiettivi, la rendicontazione annuale di attività e risultati. Pur in assenza, in alcuni casi, di strutture formalmente costituite, in tutte le ASL nel periodo 2010-2017 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 del Territorio e Ospedalieri, ecc.: ciò ha consentito di condividere informazioni, bisogni, priorità e metodi al fine di pervenire a una progettazione coordinata e condivisa.

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, come emerso anche dall'audit sperimentale sulla *governance* dei PLP svolto nel 2017. 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.

Nel periodo 2014-2017 sono state identificate in particolare alcune 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;
- necessità di individuazione delle referenze tecniche regionali dei diversi programmi del Piano.

Per affrontarle, sono stati assunti a livello regionale due provvedimenti:

- le indicazioni organizzative per il coordinamento locale dei Piani di prevenzione (PLP) e dei Piani della sicurezza alimentare (PAISA) - DD 751 del 19/11/2015, alle quali hanno fatto seguito in tutte le ASL disposizioni organizzative (gruppi di progetto) per rendere più stabile, efficiente e operativa la funzione di coordinamento PLP;
- la formalizzazione di 10 gruppi regionali di coordinamento dei programmi PRP (DD 146 del 15/03/2016), ai quali sono stati affidati compiti di coordinamento e indirizzo delle attività proprie di ciascun programma, responsabilità di monitoraggio dei risultati, funzioni di collegamento con gruppi di lavoro tematici o trasversali preesistenti o di nuova creazione.

¹ DGR n. 24-10835 del 23/02/2009.

² DCR n. 167-14087 del 3/04/2012

Tali provvedimenti hanno contribuito a favorire il riconoscimento della funzione di Direzione integrata da parte delle Direzioni aziendali, amigliorare il modello di governance e di organizzazione e definirne più chiaramente le funzioni a livello regionale e locale. L'individuazione di referenze tecniche regionali, seppur non ancora del tutto consolidate, ha comunque permesso di rendere operativa una modalità di programmazione, monitoraggio, supporto e rendicontazione annuale stabile e riconosciuta, soprattutto a livello aziendale. Resta da completare il lavoro per quanto riguarda il livello regionale, con un provvedimento che chiarisca il ruolo, la composizione e il funzionamento del CORP alla luce dei nuovi provvedimenti, che ne rappresentano già di per sé una evoluzione, e soprattutto alla luce dei mutamenti avvenuti negli assetti organizzativi regionali e aziendali e nella stessa programmazione del PRP. In particolare occorre definire meglio i rapporti tra le referenze tecniche regionali, i coordinatori e gruppi PLP, le modalità di raccordo con i servizi regionali di supporto (epidemiologia, sistemi informativi), con le altre componenti sanitarie e altri settori regionali, 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)³, 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. Dal 2015, esso è parte integrante del Laboratorio della Prevenzione previsto da questo programma, in collaborazione con Dors e CPO.

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 tabagismo⁴, indicazioni per luoghi di lavoro senza fumo⁵ 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. Nella prima fase di attività, il Laboratorio della Prevenzione ha definito, per le principali patologie croniche non trasmissibili che comportano in Piemonte un maggior carico di disabilità (in termini di DALYs), i fattori di rischio per i quali esista un'evidenza di associazione causale, ne è stata stimata la frazione prevenibile e sono stati individuati in letteratura alcuni interventi efficaci, sui quali è stata effettuata una preliminare analisi di trasferibilità, la stima dei DALYs prevenibili in Piemonte, il costo per DALYs prevenibile e il rapporto di costo/efficacia. Il report di attività è stato pubblicato a fine 2016 e l'attività del Laboratorio proseguirà nel 2018 e 2019, anche con l'impulso dato dal finanziamento CCM, nella direzione di disseminare i risultati della prima fase nella comunità degli operatori della prevenzione e nel contempo avviare la sperimentazione di una metodologia per la scelta delle priorità di salute e la selezione di interventi efficaci, da proporre come strumento a supporto dell'elaborazione dei futuri Piani di Prevenzione.

³ <http://niebp.agenas.it/default.aspx>

⁴ www.snlg-iss.it/cms/files/lgcessazionefumoweb.pdf

⁵ www.oed.piemonte.it/pubblc/5_PRAT/Raccomandazioni_ambienti_di_lavoro_liberi_dal_fumo.pdf

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. Tuttavia altre considerazioni dovrebbero essere incluse all'interno di un ragionamento più articolato e completo dei fattori di rischio o di protezione verso i quali converrebbe concentrare i maggiori sforzi della prevenzione. L'identificazione dei gruppi maggiormente vulnerabili ad una determinata esposizione è un altro aspetto cruciale.

La strategia scelta è stata quella degli audit orientati all'equità, definiti in letteratura come *health equity audit (HEA)*, dei diversi programmi. Tale procedura 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 e attenti all'equità. Ma non solo, l'HEA 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 stanziare 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.

Nell'ambito di tale progetto è stato realizzato in Piemonte un HEA con rappresentanti del mondo della scuola utilizzando un approccio complessivo di setting. Nel 2018 si intende proseguire l'attività creando strumenti per la formazione (anche on line) sulle disuguaglianze di salute lavorando sulla condivisione di significati e linguaggi, al fine di accrescere le capacità di operatori e insegnanti piemontesi di leggere e interpretare i bisogni di salute e di prevenzione dei differenti gruppi sociali e di impostare adeguati interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute. Nel corso del 2017 è stato avviato un HEA di comunità nella Città di Torino. Si è creata così, nel territorio dell'ASL più grande del Piemonte, un HEA che ha consentito di avviare una comunità di pratica attenta alle disuguaglianze di salute anche nella programmazione e valutazione degli interventi di rispettiva competenza, pronta a partecipare a un processo di coprogettazione multisettoriale condivisa che può rappresentare un modello di riferimento da estendere anche ad altri territori regionali.

Sono inoltre stati inseriti criteri relativi al monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze negli audit di piano (cfr azione 10.3.2).

Entro il 2019 si prevede di riuscire a realizzare un HEA sul programma 5. L'approccio al contrasto alle disuguaglianze nella prevenzione è risultato ancora disomogeneo e richiede approfondimenti, formazione, strumenti condivisi. Nel biennio sarà pertanto necessario avviare azioni di formazione/riflessione più approfondite sul tema. In particolare, sarà organizzato un evento dedicato a tutti i soggetti coinvolti nel PRP e ai Coordinatori PLP con l'obiettivo di apprendere i risultati del progetto CCM e valutarne l'applicabilità nelle azioni previste dal PRP e dai PLP. Nel 2019 sarà valutata la fattibilità di avviare HEA di comunità secondo il modello già attuato nella città di Torino.

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, in collaborazione con i gruppi regionali di coordinamento dei programmi, ha sviluppato alcune attività di supporto alla *governance*, in particolare l'analisi dei punti critici relativi alle fonti informative degli indicatori (centrali e di processo) del Piano e l'aggiornamento di tali indicatori, anche attraverso la realizzazione di attività formative (nel campo della valutazione di processo e di esito) rivolte agli operatori delle ASL. L'attività proseguirà nel 2018 e 2019 mediante l'aggiornamento periodico degli indicatori centrali e della loro declinazione, ove possibile, a livello locale, con un supporto all'eventuale utilizzo di altri indicatori di salute e contestuali (demografici, socio-economici), al fine di utilizzare i dati epidemiologici più aggiornati per la stesura dei documenti di programmazione e rendicontazione annuale (regionale e locale) e per la valutazione di efficacia delle azioni svolte.

Azioni previste nel periodo

Sintesi complessiva delle azioni previste

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 e, in seguito, i gruppi di progetto per il Coordinamento PLP. L'impianto generale del sistema di governance sarà migliorato e rafforzato, alla luce delle criticità emerse e dei provvedimenti già assunti nel periodo 2015-2017, con appositi documenti di indirizzo che consentano di affrontare con più efficacia gli impegni previsti dal PRP. Saranno presidiate con particolare attenzione le azioni di 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:

- Monitoraggio periodico di obiettivi, azioni e indicatori del Piano, supporto regionale al monitoraggio di livello locale
- Attuazione delle Sorveglianze di popolazione
- Monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze, supporto metodologico agli operatori ASL

Azioni per OSR 10.2. Presidiare la selezione e implementazione di interventi efficaci:

- Prosecuzione delle attività del Laboratorio di prevenzione finalizzato alla selezione di pratiche efficaci di prevenzione primaria e secondaria 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:

- Completamento della revisione organizzativa.
- Prosecuzione dell'audit del PRP secondo il modello della valutazione fra pari.

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

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 Monitoraggio PRP	Obiettivi dell'azione Assicurare un'adeguata base informativa per il monitoraggio e la valutazione del Piano.	OSR cui si riferisce OSR 10.1. Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa.				
	Descrizione dell'azione					
	1. È stato completato il 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. Sono state individuate azioni correttive in collaborazione con i soggetti titolari dei sistemi informativi, in buona parte già messe in atto nel 2017. In particolare, in relazione alla rilevazione degli indicatori centrali sono state riportate nel documento e discusse con i referenti di programma 42 criticità, 28 delle quali (66%) affrontate e risolte; per quanto riguarda gli indicatori di processo delle azioni PRP, sono state individuate e segnalate ai rispettivi referenti 63 criticità, 47 delle quali (75%) affrontate e risolte. Si prevede di continuare l'implementazione delle soluzioni proposte: nuovi flussi, record linkage tra flussi, nuove modalità di analisi o input ai servizi di supporto, ecc. 2. Sono state avviate le attività necessarie per portare a regime la banca dati ProSa e condotti i corsi per i referenti locali affinché possano essere inseriti tutti gli interventi di promozione della salute svolti nell'ambito dei PLP. L'implementazione nella banca dati degli indicatori per il monitoraggio, invece, non è ancora giunta a termine e sarà completata nel corso del 2018; per permettere la rendicontazione 2017 Dors supporterà i referenti locali nella stesura della rendicontazione PLP scaricando i dati completi raccolti dalla banca dati e inviandoli tramite posta elettronica in formato excel. Continueranno anche le attività per la costituzione di una comunità di pratica che si impegni a leggere criticamente gli interventi che si candidano a diventare buone pratiche. Proseguirà infine l'attività di formazione degli operatori coinvolti nei PLP, con particolare riferimento alla presentazione degli indicatori e dei risultati del monitoraggio. 3. Supporto al monitoraggio di avanzamento del PRP verso gli obiettivi di salute. Il censimento delle fonti informative utili e la rilevazione dei punti critici è risultata propedeutica alla definizione di un programma di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dal piano. Obiettivi di salute che il PNP struttura in "macro-obiettivi" generali e in "obiettivi centrali" di valenza strategica. Il piano regionale associa il raggiungimento di tali obiettivi a una serie di "obiettivi specifici regionali" (sostanzialmente obiettivi di attività). Il raggiungimento degli obiettivi di salute viene misurato a livello regionale attraverso gli "indicatori centrali", con relativi standard di risultato. I gruppi di coordinamento dei programmi regionali e i Coordinatori PLP sono resi coscienti della necessità di aggiornamento periodico degli indicatori centrali e della loro declinazione, ove possibile, a livello locale, al fine di utilizzare i dati epidemiologici più aggiornati per la stesura dei documenti di programmazione e rendicontazione annuale (regionale e locale). I referenti del programma governance forniscono supporto sia alla stima degli indicatori centrali sia alla fornitura di altri indicatori di salute e contestuali (demografici, socio-economici) che i referenti di programma ritengono utili alla programmazione e alla valutazione di efficacia delle azioni svolte. 4. Supporto alla definizione di indicatori sensibili di impatto sulla salute dell'incidentalità (stradale e domestica), attraverso sviluppo e mantenimento di un sistema di rilevazione basato sull'integrazione di fonti sanitarie e non.					
	Livello cui si colloca: regionale, puntuale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Presenza di un documento di analisi dei punti critici nei sistemi informativi		Documento presente	----	----	----	----
N. proposte presentate ai referenti di programma / n. punti critici individuati		----	25%	50%	75%	----
Numero soluzioni attuate sul totale delle proposte		----	----	30%	50%	80%
Indicatore sentinella: N. ASL che utilizzano ProSa per la rendicontazione PLP		Presenza set di indicatori per monitoraggio progetti	50%	75%	100%	100%

Azione 10.1.2 Sorveglianze di popolazione	Obiettivi dell'azione Utilizzo per la pianificazione e il monitoraggio del piano Garantire l'attuazione delle sorveglianze secondo i protocolli prestabiliti		OSR cui si riferisce OSR 10.1. Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa.			
	Descrizione dell'azione Attività principali: 1. Coordinamento, analisi e comunicazione dei risultati delle sorveglianze di popolazione PASSI, Passi d'Argento, OKkio alla Salute, HBSC. 2. Esecuzione delle azioni previste a livello nazionale per le singole sorveglianze. 3. Definizione del modello organizzativo.					
	Livello cui si colloca: regionale, locale, puntuale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	Indicatore sentinella: N. ASL che rispettano gli indirizzi annuali sul totale delle ASL	100%	100%	100%	100%	100%
Aggiornamento indicatori centrali delle sorveglianze nelle programmazioni annuali	100% dati aggiornati	100% dati aggiornati	100% dati aggiornati	100% dati aggiornati	100% dati aggiornati	

Azione 10.1.3 Monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze	Obiettivi dell'azione Attuare <i>health equity audit</i> sui programmi del piano		OSR cui si riferisce OSR 10.1. Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa			
	Descrizione dell'azione Nel 2018 si conclude il progetto CCM, di cui il Piemonte è capofila, mirato alla realizzazione di audit orientati all'equità, definiti in letteratura come <i>health equity audit</i> (HEA). L'HEA ha 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 e attenti all'equità. Ma non solo, l'HEA 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. Nell'ambito di tale progetto è già stato condotto un HEA rapido per tutti i programmi; inoltre è stato realizzato in Piemonte un HEA sul programma 1 con rappresentanti del mondo della scuola, che proseguirà nel 2018 con la creazione di strumenti per la formazione di operatori e insegnanti piemontesi. Nel 2019, se il contesto è favorevole, si intende sviluppare il concetto di "posizione sociale" scolastica che favorisca anche lo studio di correlazioni attraverso indicatori relativi a fattori setting-specifici e sperimentare in un contesto scolastico l'attuazione di una policy attenta alle disuguaglianze. Nel 2017 è stato avviato un HEA di comunità nella Città di Torino: l'ASL e il Comune si sono impegnati pubblicamente ad utilizzare le evidenze sullo stato delle disuguaglianze in città nella imminente programmazione che riguarda la riorganizzazione delle cure primarie, la promozione della salute, l'assistenza alle persone con malattia mentale, il piano periferie, l'housing sociale attivando, quindi, processi di co-progettazione intersettoriale che coinvolgono il mondo sanitario e diversi ambiti extra-sanitari. Entro il 2019 si prevede di realizzare un HEA sul programma 5. Pertanto l'indicatore sentinella è riferito a due HEA approfonditi condotti sui programmi 1 e 5 e a un HEA di comunità (condotto nella città di Torino). Sono inoltre stati inseriti criteri relativi al monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze negli audit di piano (cfr azione 10.3.2). L'approccio al contrasto alle disuguaglianze nella prevenzione è risultato ancora disomogeneo e richiede approfondimenti, formazione, strumenti condivisi. Nel biennio saranno pertanto avviate azioni di formazione/riflessione più approfondite sul tema. In particolare, sarà organizzato un evento dedicato a tutti i soggetti coinvolti nel PRP e ai Coordinatori PLP con l'obiettivo di apprendere i risultati del progetto CCM e valutarne l'applicabilità nelle azioni previste dal PRP e dai PLP. Nel 2019 sarà valutata la fattibilità di un HEA di comunità secondo il modello attuato nella città di Torino.					
	Livello cui si colloca: regionale, locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> rapido/previsti	50%	100%	---	---	----
	Indicatore sentinella: N. <i>health equity audit</i> approfonditi eseguiti	25%	50%	100%	0	almeno 1 (screening)
	Realizzazione corsi di formazione		Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1 (soggetti coinvolti nel PLP)	Almeno 1 (scuola)
	Avvio di comunità di pratica	Avvio comunità di pratica	Almeno una tematica condivisa tra i partecipanti	Almeno una tematica condivisa tra i partecipanti	----	Almeno una (Scuola)
	Sviluppo e implementazione sito	Avvio sito disuguaglianze	Almeno 1 aggiornamento/mese	Almeno 1 aggiornamento/mese	Almeno 1 aggiornamento/mese	Almeno 1 aggiornamento/mese

Azione 10.2.1. Laboratorio della prevenzione	Obiettivi dell'azione Contribuire ad armonizzare e rendere efficace e sostenibile il Piano regionale della prevenzione. Elaborare/sperimentare un metodo di valutazione costo-utilità e di <i>priority setting</i> a supporto delle scelte ai fini della programmazione regionale della prevenzione.				OSR cui si riferisce OSR 10.2. Presidiare la selezione e implementazione di interventi efficaci.
	Descrizione dell'azione Sarà ridefinito il Laboratorio a partire dal gruppo multidisciplinare del 2016. Tale gruppo, dopo aver messo a punto gli strumenti metodologici opportuni, procederà alla costruzione di scenari di intervento, coinvolgendo gli stakeholder con le modalità più opportune. Attività principali: • Produzione di dati regionali dei bisogni di salute, in termini di carichi di disabilità (utilizzando indicatori sintetici, quali i DALYs) e dei fattori di rischio. • Applicazione del piano di comunicazione contenuto nel report 2016; condivisione dei risultati con gli operatori delle ASL. • Analisi di contesto per individuare i bisogni prioritari, le risorse e le competenze per la prevenzione già attualmente disponibili in Piemonte • Impostazione di alcuni scenari che simulino l'impatto e la sostenibilità di diversi Piani di intervento. • Sperimentazione di una metodologia condivisa per la scelta delle priorità di salute sulle quali agire prioritariamente e selezione degli interventi efficaci per il loro contrasto, da proporre come strumento per l'elaborazione dei futuri Piani di Prevenzione. • Consultazione degli stakeholder. Conseguentemente alla revisione delle attività previste, gli indicatori di processo sono stati completamente rimodulati rispetto al precedente PRP. Le attività del 2018-2019 del Laboratorio della Prevenzione saranno in parte svolte nell'ambito del progetto CCM/2017: <i>"Scegliere le priorità di intervento per prevenire il carico delle malattie croniche non trasmissibili"</i> che si svolgerà nel biennio 2018-2019.				
	Livello cui si colloca: regionale con raccordo nazionale				
	Periodo di attuazione: 2015-2019				
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
		2015	2016	2017	2018
	Costituzione del gruppo di lavoro	X			----
	Elaborazione dei metodi e accordo con NIEBP	X			----
	Attuazione del Piano di comunicazione previsto dal report 2016				Organizzazione di almeno un seminario regionale
	Impostazione di alcuni scenari che simulino l'impatto e la sostenibilità di diversi Piani di intervento				----
	Presenza di una metodologia condivisa per la scelta delle priorità di intervento nell'ambito delle MCNT				----

Azione 10.3.1 Proposta revisione organizzativa	Obiettivi dell'azione Ridefinire o rafforzare le strutture deputate alla governance del Piano di prevenzione, la loro composizione e i relativi compiti		OSR cui si riferisce OSR 10.3. Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale			
	Descrizione dell'azione Un primo step nella revisione organizzativa è stato compiuto con l'adozione di indirizzi regionali per il coordinamento a livello aziendale dei Piani locali di prevenzione (PLP) avvenuta con Determinazione n. 751 del 19/11/2015, in seguito al quale tutte le ASL hanno formalizzato gruppi di progetto (o analoghi) deputati al coordinamento delle strutture e funzioni aziendali incaricate di attuare il PLP e hanno individuato un Coordinatore PLP e referenti per i programmi di Piano. In seguito sono state definite le responsabilità di coordinamento e monitoraggio regionale dei programmi del Piano attraverso la Determinazione n. 146 del 15/03/2016 che ha individuato un gruppo di coordinamento per ciascuno dei programmi PRP, definendone la composizione e i compiti. Sono state discusse con gli operatori proposte di Deliberazione per la revisione generale del Coordinamento regionale (CORP) previsto dalla DGR n. 24-10835 del 23/02/2009. Le proposte, in coerenza con i due provvedimenti già assunti, si pongono l'obiettivo di superare alcune criticità, ridefinire il ruolo del CORP alla luce dei mutamenti intercorsi dal 2009 e del nuovo PNP, consolidarne il funzionamento complessivo: funzioni, composizione, regole di funzionamento, rapporti con gruppi di lavoro trasversali, raccordo con i servizi regionali di supporto (epidemiologia, sistemi informativi), con le altre componenti sanitarie e altri settori regionali. Questa fase sarà completata nel biennio 2018-2019, secondo quanto disposto dal provvedimento di approvazione del PRP.					
	Livello cui si colloca: regionale, puntuale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo		Standard per anno di applicabilità			
			2015	2016	2017	2018
Formalizzazione revisione organizzativa			Atto regionale		Atto regionale	---
Evidenza documentale di recepimento degli indirizzi regionali da parte delle aziende			Presenza 100% aziende		---	---

Azione 10.3.2 Implementazione audit del Piano di prevenzione	Obiettivi dell'azione Garantire un sistema di monitoraggio e supporto alla realizzazione del PRP e dei PLP	OSR cui si riferisce OSR 10.3. Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale				
	Descrizione dell'azione 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. È stato individuato lo strumento dell'audit tra pari, finalizzato alla "autovalutazione" del sistema prevenzione sulla base di criteri individuati con modalità partecipata, con l'obiettivo di fornire raccomandazioni e individuare soluzioni condivise per elevare il livello generale di qualità del sistema. È stato individuato un gruppo di operatori (composto principalmente dai Coordinatori PLP e da altri operatori impegnati nella governance aziendale dei PLP) appositamente formato, che nel 2017 ha condotto il primo audit, incentrato sulla governance dei PLP. Il programma di audit, definito con DD 326 del 16/05/2017), ha individuato anche i criteri per l'autovalutazione e il confronto tra pari, mentre per gli aspetti organizzativi sono stati seguiti i criteri previsti dal documento di revisione organizzativa (DD 751/2015). In particolare sono stati presi in considerazione: - le modalità organizzative adottate per le funzioni di governance del PLP; - 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. I report degli audit sono stati messi a disposizione dei Direttori Generali delle rispettive aziende, mentre un report complessivo descrive le diverse fasi in cui si è articolato l'audit e ne delinea i risultati generali. Si prevede la prosecuzione degli audit nel 2018-2019 sulla base del modello di audit fra pari realizzato nel 2017 in modalità sperimentale, con riferimento a un programma specifico del PLP, per valutarne le modalità attuative, la coerenza con gli obiettivi e i programmi del PRP, eventuali spazi di miglioramento.					
	Livello cui si colloca: regionale, puntuale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
	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 sperimentale nelle asl			50% delle ASL	100% delle ASL	----
Invio report audit ai DG			100% report inviati	----	----	
Svolgimento secondo audit nelle ASL				----	Partecipazione del 100% delle ASL	

Azione 10.4.1 Realizzazione eventi informativi e formativi a livello regionale e locale	Obiettivi dell’azione • Promuovere la cultura della prevenzione come strategia delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali, anche in funzione di un razionale utilizzo di risorse • Aumentare la consapevolezza, tra gli operatori, delle funzioni e potenzialità del Piano di prevenzione • Accrescere le competenze per migliorare la qualità degli interventi • Riconoscere e ridurre le disuguaglianze sociali e adottare azioni di provata efficacia • Migliorare la capacità di utilizzare strumenti di comunicazione efficace			OSR cui si riferisce OSR 10.4. Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano		
	Descrizione dell’azione Eventi informativi e comunicativi e la comunicazione a sostegno delle politiche per la salute sono attività trasversali e fondamentali per tutto il Piano. Il “modello” di corso previsto nel 2016 non è stato realizzato, tuttavia la formazione regionale accreditata, prevista annualmente nei diversi programmi / azioni del PRP, è in gran parte organizzata dalle ASL e l’audit sul programma Governance condotto nel 2017 in tutte le ASL (cfr. azione 10.3.2) ha evidenziato come anche a livello locale la formazione accreditata rappresenti uno strumento, efficace e gradito dagli operatori, per dare sostegno alle azioni del Piano e condurre le attività di programmazione e monitoraggio in modo integrato e strutturato. Attività principali: 1) Analisi dei bisogni formativi evidenziati nei Servizi. Nei PLP di ASL saranno descritti sinteticamente i corsi organizzati a sostegno del Piano. 2) Strutturazione di corsi di formazione per operatori sanitari sulle diverse aree tematiche ed a supporto dei diversi programmi del Piano.					
	Livello cui si colloca: regionale, locale, puntuale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
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%	75%	100%	

Azione 10.5.1 Comunicazione e partecipazione a sostegno delle politiche per la salute	Obiettivi dell'azione Migliorare la comunicazione e la collaborazione interistituzionale relativa agli obiettivi di piano e favorire la partecipazione sociale alle decisioni e politiche per la salute		OSR cui si riferisce OSR 10.5. Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano			
	Descrizione dell'azione Attività principali: 1. Elaborare modelli di partecipazione e format per la comunicazione del PRP e del PLP e adattabili alle specifiche esigenze regionali e locali. In particolare, sarà completato il Piano di comunicazione del PRP, con indicazione delle attività e scadenze previste anno per anno. Su questa attività è stato inserito un nuovo indicatore sentinella. 2. Programmare annualmente incontri, seminari, tavoli tematici a supporto della programmazione regionale e locale in cui i risultati e 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.					
	Livello cui si colloca: regionale e locale					
	Periodo di attuazione: 2015-2019					
	Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità				
		2015	2016	2017	2018	2019
Indicatore sentinella Piano di comunicazione a sostegno degli obiettivi del PRP	--	Almeno un documento di indirizzo	--	Piano di comunicazione PRP presente	Piano di comunicazione PRP aggiornato	
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	Eventi nell'80% delle ASL	Eventi nell'80% 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 2019	
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 2019	
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 2019	
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 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: 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 traumi 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 2019	
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 tecnopatologico 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: - comparto agricolo forestale - comparto delle costruzioni - rischio cancerogeno e chimico - 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 2019	
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: - comparto agricoltura - 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) 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) 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) 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 a) confermato da collegamento epidemiologico oppure b) scartato come non caso di morbillo/rosolia a causa di un collegamento epidemiologico ad: • un caso di altra malattia infettiva confermato in laboratorio oppure • un caso di morbillo/rosolia negativo a IgM	78,8% (morbillo); 59,3% (rosolia)	100% delle Regioni raggiunge lo standard > 90% per morbillo e rosolia	82,1 (morbillo) 66,7 (rosolia)	90 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 2019	
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% 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 2019	
	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 2019	
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: • almeno il raggiungimento della media nazionale rilevata al 2014 (32,33%) per le Regioni al di sotto del 25%; • 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%; • incremento del 5% per le Regioni tra il 45,01% e il 55,00%; • mantenimento del valore attuale per le Regioni con valore > 55%	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% 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 2019	
			Pertanto il valore baseline nazionale sarà noto entro la fine del 2015; la rilevazione delle risorse umane destinarie 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) 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: a) annualmente una copertura territoriale pari o superiore al 20% delle ASL 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): - SC della salute animale - SC degli alimenti di origine animale - SC dei mangimi e della alimentazione degli animali - SC delle TSEs e dei sottoprodotti di origine animale - SC dei farmaci veterinari e residui - SC degli alimenti e dell'igiene generale - SC dei fitosanitari e dei loro residui - 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% 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: - settore controlli sull'igiene della distribuzione e commercializzazione e alimenti di origine animale (REG. CE n. 852/2004) - settore controlli sull'impiego di fitosanitari - settore benessere animale in allevamento e durante il trasporto	a) si prevede mantenimento copertura annuale territoriale superiore al 20% delle ASL 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)	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: • l'analisi del profilo di salute della popolazione di riferimento; • le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali, economico-finanziarie del programma da realizzare; • l'analisi delle possibili alternative rispetto alla soluzione realizzativa individuata; • la verifica della possibilità di realizzazione sulla base delle risorse disponibili; • 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	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno realizzato lo studio di fattibilità entro il 2016	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)	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	100% Tutte le Regioni hanno attivato il programma	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)	Proporzione di Regioni che hanno adottato ed attuato indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016 e hanno attuato gli indirizzi regionali entro il 2018	Avvio: 2016 Realizzazione: 2019
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)	Proporzione di Regioni che hanno adottato indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	2016
1.14.02	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA come test di primo livello per lo screening del cervicocarcinoma	100% Tutte le Regioni hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA	2019
1.15.01	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato gli indirizzi regionali	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	2019
1.15.02	Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	100% Tutte le Regioni hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	2019 (90% dei Programmi)
2.01.01	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	Attivazione dello screening audiologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	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% 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% Almeno un incontro/ anno in ogni Regione	2019
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. Passi d'Argento, rileva la proporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute in particolare le cadute in casa 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% 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% Produzione di un report in tutte le Regioni	2019
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% Un Report all'anno in tutte le Regioni	Tutti 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: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità - la promozione della responsabilità sociale d'impresa - la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative	Proporzione di Regioni che programmano azioni di promozione	100% Tutte le Regioni programmano azioni di promozione	2019
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% Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo	Tutti 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% 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% 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% 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	2019
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% 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% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	2019
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% 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% 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% Esistenza di atto formale di recepimento in ogni Regione	2019
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% Esistenza di un sistema di indicatori in ogni Regione	2019
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% 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% Produzione di un Report in ogni Regione	2019
8.10.01	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	Adozione di indirizzi regionali specifici	100% Adozione di indirizzi specifici in ogni Regione	2019
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% Evidenza documentata in ogni Regione	2019
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% 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% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	2019
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	2019
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% 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% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	2019
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% 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% 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: •migliorare gli strumenti di analisi e controllo dell'intera filiera sul territorio nazionale •migliorare gli strumenti di "rintracciabilità" a disposizione delle autorità competenti •monitorare e studiare l'antibiotico-resistenza, attraverso strumenti di analisi delle vendite di antibiotici •permettere l'integrazione con i sistemi per la dematerializzazione della ricetta veterinaria, al fine di snellire le procedure operative attualmente sostenute dagli operatori	100% 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)	2019
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% Esistenza in ogni Regione di un protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA	2019
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% 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 Nomenclature" del Ministero della Salute e trasmessa con nota prot. DGSF 9875-P-15/05/2013	100% 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% In ogni Regione è predisposto un piano di intervento per la gestione delle emergenze con elevato livello di integrazione	2017 e 2019
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...)	2018
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 diffusive 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% 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% 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)	2019
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% In ogni Regione è realizzato un Piano di informazione/comunicazione rivolto alla popolazione, finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale	2019
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% Ogni Regione predispone un programma che preveda almeno un evento formativo all'anno	Tutti gli anni
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% 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% 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 2019

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). Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole	2019
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). Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole	2019
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). Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole	2019
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). Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole	2016 e 2019

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	Standard 2019
1	1.1.1	Funzionamento a regime degli accordi per una collaborazione interistituzionale	Regione Piemonte e MIUR - Ufficio Scolastico Regionale			Si/no	Ok	//	//	//	//	Presenza di report di monitoraggio delle attività	Presenza di report di monitoraggio delle attività
	1.2.1	N. giornate di formazione regionale congiunta	Gruppo tecnico regionale			N. giornate di formazione regionale congiunta attuate	ok	//	//	//	//	4	4
	1.3.1	Numero di istituti che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/numero di istituti 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. istituti che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/ N. istituti a cui è stato inviato o presentato il catalogo	ok	//	Almeno 10%	Almeno 20%	Almeno 40%	Almeno 60%	Almeno 60%
2	2.2.1	Etichette caricate in Banca dati	Banca dati regionale	N. etichette caricate	N. etichette raccolte ultima rilevaz. OKio alla Salute	N. etichette caricate/n. etichette raccolte	ok	30%	50%	100%	//	Caricamento del 50% delle etichette raccolte nel 2016	Completamento del caricamento di tutte le etichette raccolte nel 2016
		Guida per la lettura ragionata dell'etichetta	Banca dati regionale			Si/no		//	//	//	Guida elaborata	Diffusione della Guida	Guida presente nel catalogo di tutte le ASL
	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	Almeno un percorso nel 70% 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	> 1
	2.4.1	Formalizzazione Rete contesti divertimento	Provvedimento formalizzazione			Si/no		Non disponibile	Costituzione e formalizzazione e della rete Sì	//	//	//	//

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018	Standard 2019
		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	Mantenimento dei progetti attivati nelle 5 ASL	Mantenimento dei progetti attivati nelle 5 ASL
	2.5.1	% di gruppi di walking program attivati dalle ASL che adottano strumenti di valutazione	Rendiconti PLP	N. gruppi wp attivati dalle ASL che adottano strumenti di valutazione	N. totale gruppi wp attivati dalle ASL	N. gruppi wp attivati dalle ASL che adottano strumenti di valutazione / N. totale gruppi wp attivati dalle ASL	ok	//	//	//	//	30%	40%
3	3.2.1	Progetti realizzati localmente sul territorio di ciascuna ASL	ProSa			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	Realizzazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 75% delle ASL	Realizzazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 100% delle ASL
	3.3.1	Esiti studi fattibilità rete WHP	Report			Si/no		Non disponibile	//	Bozza del Report elaborata	Report elaborato	Integrazione del Report	Diffusione Report
		Avvio rete WHP	Sito regionale			Si/no		//	//	//	//	Seminario consultazione stakeholders	Formalizzazione Rete WHP Piemonte e avvio fase pilota
4	4.1.1	N. DMI in cui è stata garantita la formazione per gli allattamenti difficili sul totale DMI	Rendiconti PLP	N. DMI in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili	N. totale DMI	N.DMI in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili / totale DMI x 100	ok	Non disponibile	Calendario incontri nei 30 punti di sostegno	Almeno 50%	Almeno 75%	100%	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%	Mantenimento in tutte le ASL	Mantenimento in tutte le ASL
	4.2.3	Coordinamento delle iniziative formative	Report gruppo alcool			Si/no		//	Contatti e individuazione membri del gruppo di lavoro ALCOL	Insediamento gruppo di coordinamento e formalizzazione Definizione di un format specifico per i training	Monitoraggio e valutazione iniziative implementate nelle ASL nell'anno precedente ed eventuali revisioni format	Report intermedio di monitoraggio delle iniziative formative implementate nelle ASL	Report finale delle attività del gruppo di lavoro alcool e sua diffusione

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018	Standard 2019
		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 ha effettuato almeno un corso	Il 100% delle ASL piemontesi ha effettuato almeno un corso
	4.2.5	N. discipline specialistiche coinvolte nei percorsi attivati	Rendiconti PLP	N. ambiti specialistici N. pazienti trattati	//	//		//	N. ambiti specialistici per MCNT > 5 N. pazienti trattati > 50	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 60	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 70	N. discipline specialistiche per MCNT partecipanti > 6	N. discipline specialistiche per MCNT partecipanti > 6
		Definizione degli indirizzi regionali per la promozione dell'esercizio fisico nei pazienti con patologie croniche	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	Adozione degli indirizzi regionali con relativi protocolli operativi	Almeno un evento formativo specifico su indirizzi regionali e relativi protocolli
	4.1.3	N. di eventi informativi complessivi realizzati	Rendiconti PLP	N. edizioni di corsi, seminari, convegni	//	//		//	≥ 5	≥ 5	≥ 5	≥ 10	≥ 10
	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	Raccolta e analisi di interventi evidence-based svolti a livello locale	Workshop di restituzione/confronto con gli operatori
	4.1.8	Formazione degli operatori su informazione, comunicazione e counselling in ambito nutrizionale	Rendiconti PLP				ok	Non disponibile	Non applicabile	30% delle ASL adottano il programma	50% delle ASL adottano il programma	Partecipazione al corso di almeno 2 operatori per ogni ASL	Attuazione della formazione a cascata nell'80% delle ASL

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018	Standard 2019
	4.3.1	% DMI che raccolgono informazioni sull'andamento longitudinale dell'allattamento al seno / n. DMI piemontesi	Regione Piemonte	N. DMI che raccolgono informazioni	Totale DMI	N. DMI che raccolgono informazioni / Totale DMI	ok	Non disponibile	Non disponibile	60%	80%	40%	50%
	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	Diffusione del documento di indicazione procedurale	Almeno un corso in ogni ASL realizzato secondo i criteri regionali
	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%	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%	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%	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%	100%
	5.1.2	Lettera informativa per mammografia alle donne 45-49 anni	Data base Prevenzione Serena	Numero di Programmi che hanno inviato la lettera informativa	N. Programmi di screening	N. Programmi che hanno inviato/n. Programmi	ok	Non disponibile	5/9	7/9	9/9	5/6	6/6
	5.3.1	Lettera preavviso screening colo-rettale	Data base Prevenzione Serena	Numero di Programmi che hanno inviato la lettera di preavviso	N. Programmi di screening	N. Programmi che hanno inviato/n. Programmi	ok	Non disponibile	1/9	3/9	7/9	4/6	6/6

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018	Standard 2019
	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%	80%	100%
	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%	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%	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			Si/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 locali disponibili sul sito della Regione, di Dors e presentati al CRC	Report regionale disponibile sul sito della Regione e 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	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti
	6.5.1	Predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo	Siti istituzionali			Si/no		Assenza linee di indirizzo operativo	Predisposizione e di bozza di documento	Approvazione e diffusione del documento	//	//	//
	6.6.1	Percorsi formativi per insegnanti	Rendicontazione 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	Realizzazione di almeno 2 moduli di aggiornamento

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018	Standard 2019
	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	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%	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 bio monitoraggio	Report di attività del gruppo di lavoro sul bio monitoraggio	Report di attività del gruppo di lavoro sul bio monitoraggio	Protocollo regionale sulle attività di bio monitoraggio 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	Presentazione Atlante agli operatori	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	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%	≥ 80%
	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	Almeno un corso effettuato a livello regionale

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018	Standard 2019
	7.13.1	Interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti	Rendiconti PLP	N. di interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature e 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	20/24	20/24
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	Presenza anagrafe unica completa regionale
		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	12/12
		Attivazione sistema sorveglianza uso antibiotici	Regione Piemonte			Si/no		Sistema sorveglianza assente	Progetto	Sviluppo	Attivo	Attivo	Report consumo antibiotici 2018
		Tipizzazione ceppi malattie invasive da meningococco e pneumococco	Seremi	n. isolamenti tipizzati	n. totale isolamenti di meningococco e pneumococco	n. isolamenti tipizzati / n. totale isolamenti di meningococco e pneumococco	ok	//	//	//	//	90%	90%
	8.5.1	% elenchi scuole controllati dai servizi vaccinali delle ASL	Regione Piemonte	n. elenchi controllati dai servizi vaccinali ASL	tot. elenchi restituiti	n. elenchi controllati dai servizi vaccinali ASL / tot. elenchi restituiti x 100	ok	//	//	//	//	100%	100%
9	9.1.1	Evento regionale di sensibilizzazione e informazione/ 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 nel 70% delle ASL	Almeno 1 evento nell'80% delle ASL

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018	Standard 2019
	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	//	//	//
	9.7.1	Protocollo tecnico revisionato per le analisi microbiologiche che attestino 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	//	//	//	1	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	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	da 3 a 4
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%	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 sorveglianze di popolazione	N. totale di ASL	N. ASL che rispettano indirizzi/n. totale ASL x 100	ok	90%	100%	100%	100%	100%	100%
	10.1.3	N. <i>health equity audit</i> approfonditi eseguiti	Regione Piemonte			N. <i>health equity audit</i> approfonditi eseguiti	ok	Non disponibile	25%	50%	100%	0	Almeno 1
	10.5.1	Piano di comunicazione a sostegno degli obiettivi del PRP	Regione Piemonte			Presenza del piano di comunicazione	ok	Piano assente	//	//	//	Piano di comunicazione PRP presente	Piano di comunicazione PRP aggiornato