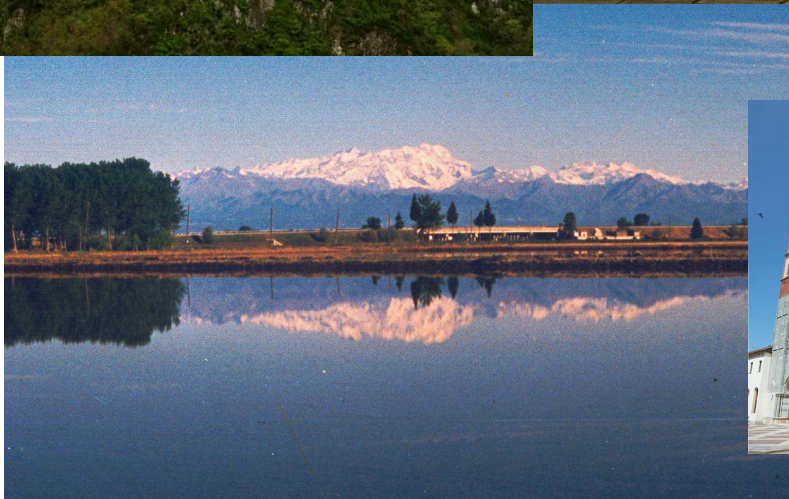
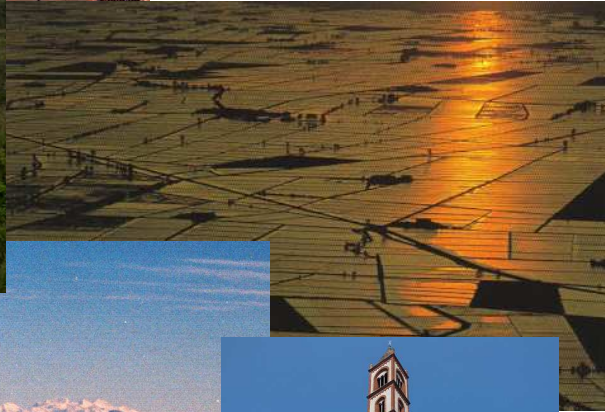




**A.S.L. VC**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli*

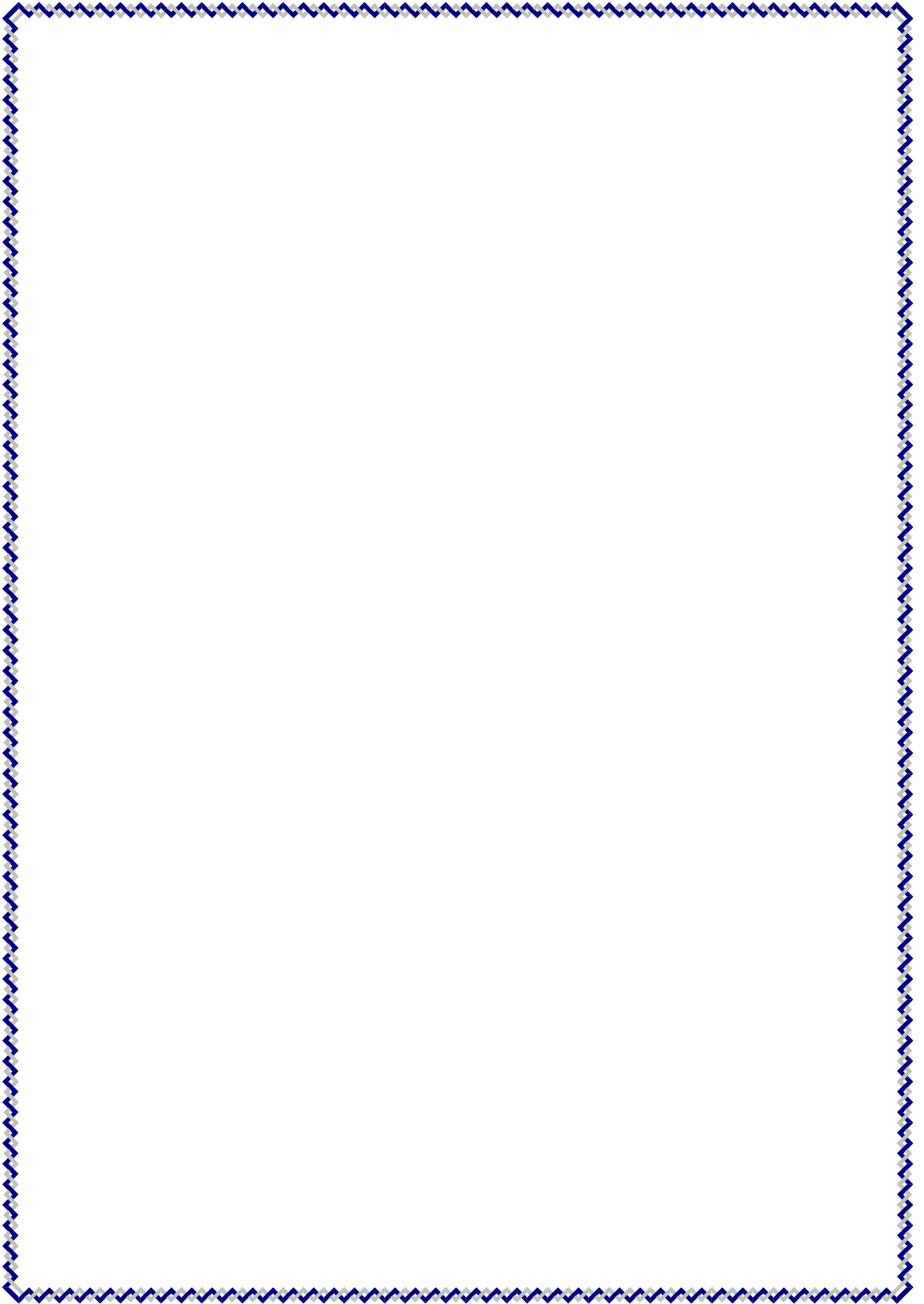


# **PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE 2014**

## **PROGRAMMA ATTIVITÀ 2014**



una sanità in salute fa bene a tutti





**A.S.L. VC**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli*

Direzione Generale

**Federico Gallo**

Direzione Sanitaria

**Carla Peona**

Direzione Amministrativa

**Osvaldo D'Angella**

A cura della **S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione**

Fiorella Germinetti

Antonella Barale

*Luglio 2014*

**Documento di programmazione dell'attività 2014  
redatto con il contributo di**

**Cap. 1. Demografia e profilo di salute della ASL "VC" di Vercelli**

**Fiorella Germinetti** – S.S.D. *Gestione attività integrate di prevenzione*

**Antonella Barale** - S.S.D. *Gestione attività integrate di prevenzione*

**Cap. 2. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili**

**Vittorio Petrino** – **Direttore Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia**

**Paolo Conti** – **Direttore Dipartimento Area Medica**

**Luisa M. Olmo** – **Direttore Dipartimento Prevenzione**

**Raffaella Scaccioni** – *RePES Aziendale - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione*

**Fiorella Germinetti** – S.S.D. *Gestione attività integrate di prevenzione*

**Federico Baldi** - S.C. *Endocrinologia e Diabetologia*

**Nicoletta Pinna** - S.S. *Diabetologia Borgosesia*

**Cap. 3. Prevenzione incidenti stradali**

**Vittorio Petrino** – **Direttore Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia**

**Cristina Parvis** – S.S.D. *Psicologia*

**Donatella De Lillo** - S.C. *SerT*

**Antonella Barale** - S.S.D. *Gestione attività integrate di prevenzione*

**Benedetto Francese** - S.S.D. *Gestione attività integrate di prevenzione*

**Cap. 4. Prevenzione incidenti domestici**

**Luisa M. Olmo** – **Direttore Dipartimento Prevenzione**

**Gabriele Bagnasco** - S.C. *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*

**Onesimo Vicari** – S.C. *Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Referente aziendale Incidenti domestici*

**Cap. 5. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali**

**Luisa M. Olmo** – **Direttore Dipartimento Prevenzione**

**Laura Fidanza** – S.C. *Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro*

**Cap. 6. Esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute**

**Luisa M. Olmo** – **Direttore Dipartimento Prevenzione**

**Gabriele Bagnasco** - S.C. *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*

**Cap. 7. Infezioni/malattie infettive prioritarie**

**Luisa M. Olmo** – **Direttore Dipartimento Prevenzione**

**Paolo Conti** – **Direttore Dipartimento Area Medica** - S.C. *Pneumologia*

**Silvio Borrè** – S.C. *Malattie infettive*

**Fulvia Milano** – S.C. *Laboratorio Analisi Chimico - Cliniche e Microbiologia*

**Scipione Gatti** – S.S. *Prev. Controllo Inf. Correlate all'assistenza* - S.C. *Direzione Medica Presidio*

**Gabriele Bagnasco** – S.C. *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*

**Virginia Silano** - S.C. *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*

**Cap. 8. Sicurezza alimentare**

**Luisa M. Olmo** – **Direttore Dipartimento Prevenzione** - S.C. *Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione*

**Marco Montafia** – S.C. *Servizio Veterinario Area C*

**Cap. 9. Organizzazione e governance del Piano**

**Fiorella Germinetti** – S.S.D. *Gestione attività integrate di prevenzione*

**Antonella Barale** - S.S.D. *Gestione attività integrate di prevenzione*

**Gianfranco Abelli** - S.C. *S.I.A.N.*

## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>Pag. 4</b>
<b>Cap. 1 Demografia e profilo di salute della ASL “VC” di Vercelli</b>	<b>Pag. 5</b>
<b>Cap. 2 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili</b>	<b>Pag. 23</b>
<b>Cap. 3 Prevenzione incidenti stradali</b>	<b>Pag. 49</b>
<b>Cap. 4 Prevenzione incidenti domestici</b>	<b>Pag. 57</b>
<b>Cap. 5 Prevenire gli infortuni e le malattie professionali</b>	<b>Pag. 61</b>
<b>Cap. 6 Esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute</b>	<b>Pag. 69</b>
<b>Cap. 7 Infezioni/malattie infettive prioritarie</b>	<b>Pag. 81</b>
<b>Cap. 8 Sicurezza alimentare</b>	<b>Pag. 94</b>
<b>Cap. 9 Organizzazione e governance del Piano</b>	<b>Pag. 100</b>

## INTRODUZIONE

Con DGR n. 52-7643 del 21 maggio 2014 la Regione Piemonte ha approvato gli indirizzi generali per il Piano regionale della prevenzione - PRP 2014, stabilendo di dare continuità ai programmi e agli interventi in atto previsti dal precedente Piano in modo da evitare l'interruzione dell'operatività del Piano regionale e dei Piani locali di prevenzione e con l'adeguamento ai più recenti orientamenti nazionali e ha definito gli ambiti di intervento.

Con D.D. n. 610-DB2000 dell'1 luglio 2014 sono stati approvati gli obiettivi e i programmi di attività del PRP 2014. Il PRP costituisce Atto valutabile da parte del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza, nonché Atto necessario all'attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015.

La Direzione Sanità in collaborazione con il Coordinamento operativo regionale della prevenzione (CORP) ha definito obiettivi e programmi di attività relativi agli ambiti di intervento identificati.

Sono state elaborate le Schede che sviluppano i macroobiettivi definiti dalla bozza del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 e che si articolano in quadri logici che individuano obiettivi generali e specifici programmi e attività da realizzare sia a livello regionale sia a livello di ASL.

Su questo modello è stato sviluppato il documento di programmazione locale "Piano locale della prevenzione - PLP 2014". Ogni ambito di intervento è introdotto da un "Razionale e modello logico", a seguire il "Quadro logico", gli obiettivi generali e quelli specifici regionali, il programma e quindi le azioni che si svilupperanno a livello regionale e la descrizione di quelle che nel 2014 si effettueranno a livello locale. Gli indicatori di processo con standard definiti per il livello regionale saranno presi in esame, là dove applicabili a livello di ASL, in fase di rendicontazione.

Il Gruppo aziendale di coordinamento e monitoraggio del PLP lavora in collaborazione con tutte le strutture sanitarie dell'ASL e gli altri Organi istituzionali e non, coinvolti nell'attività, con il supporto delle funzioni trasversali (epidemiologia, promozione della salute, formazione, ecc.) al fine di supportare metodologicamente l'elaborazione dei progetti e con la consapevolezza che gli "obiettivi di salute" programmati, per il loro raggiungimento, necessitano di una forte rete di alleanze.

Si fa presente che tutte le Strutture organizzative richiamate nel documento sono quelle contemplate nell'Atto Aziendale (D.D.G. n. 00939 del 15.11.2013) attualmente sottoposto alla verifica regionale.

# 1. Demografia e Profilo di Salute della popolazione della ASL "VC" di Vercelli

## Il territorio della ASL VC

L'ASL "VC" di Vercelli, situata nel Piemonte Nord Orientale, opera su un territorio di 2045 Km<sup>2</sup> in gran parte coincidente con la Provincia di Vercelli, con una densità di popolazione pari a 84,90 abitanti per Km<sup>2</sup>, inferiore alla media regionale (172,29 abitanti/Km<sup>2</sup>). Comprende 92 Comuni, suddivisi in due Distretti: Distretto di Vercelli, con 45 Comuni e una popolazione di 102.468 e Distretto della Valsesia, con 47 Comuni e una popolazione di 71.150.

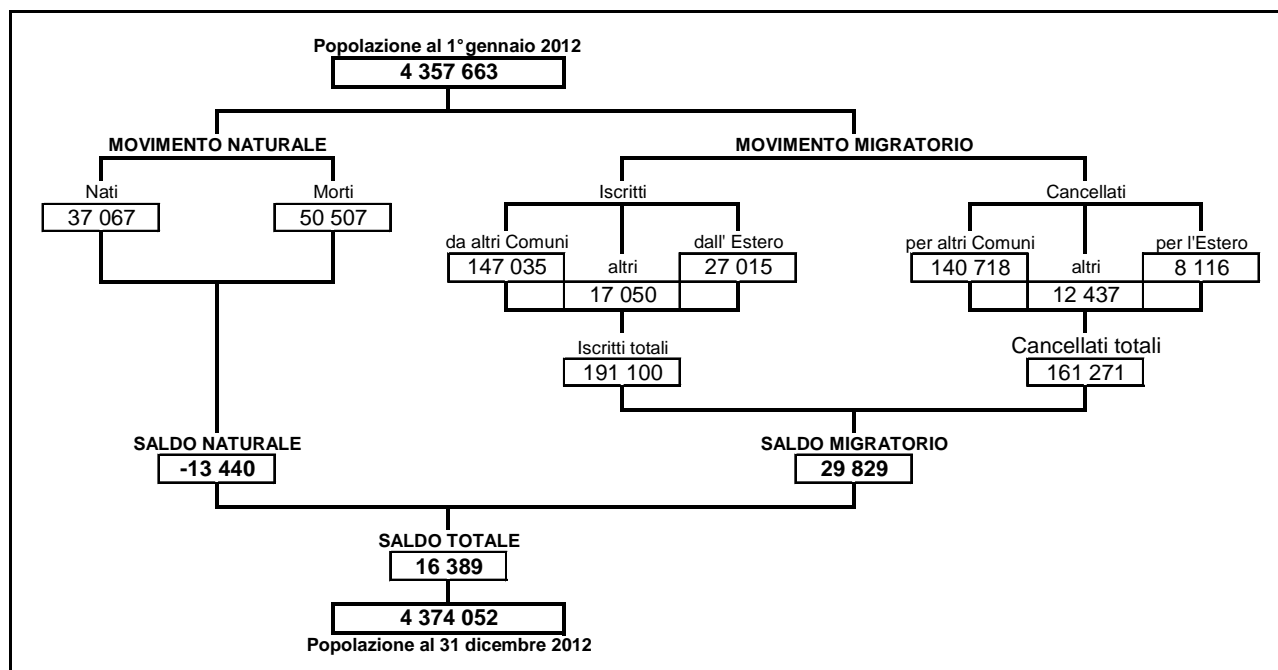
## La popolazione

Al 31.12.2012 sul territorio dell'ASL VC risiedono 173.618 abitanti pari al 3,97% della popolazione piemontese (1.).

Si registra una predominanza del sesso femminile (51,93%) che si accentua nelle fasce d'età più anziane. La dinamica demografica dell'ASL VC, fa emergere un saldo naturale negativo (-847), non compensato, a differenza di quanto rilevato a livello regionale, dal movimento migratorio (saldo migratorio: 516) con conseguente saldo totale negativo, pari a -331.

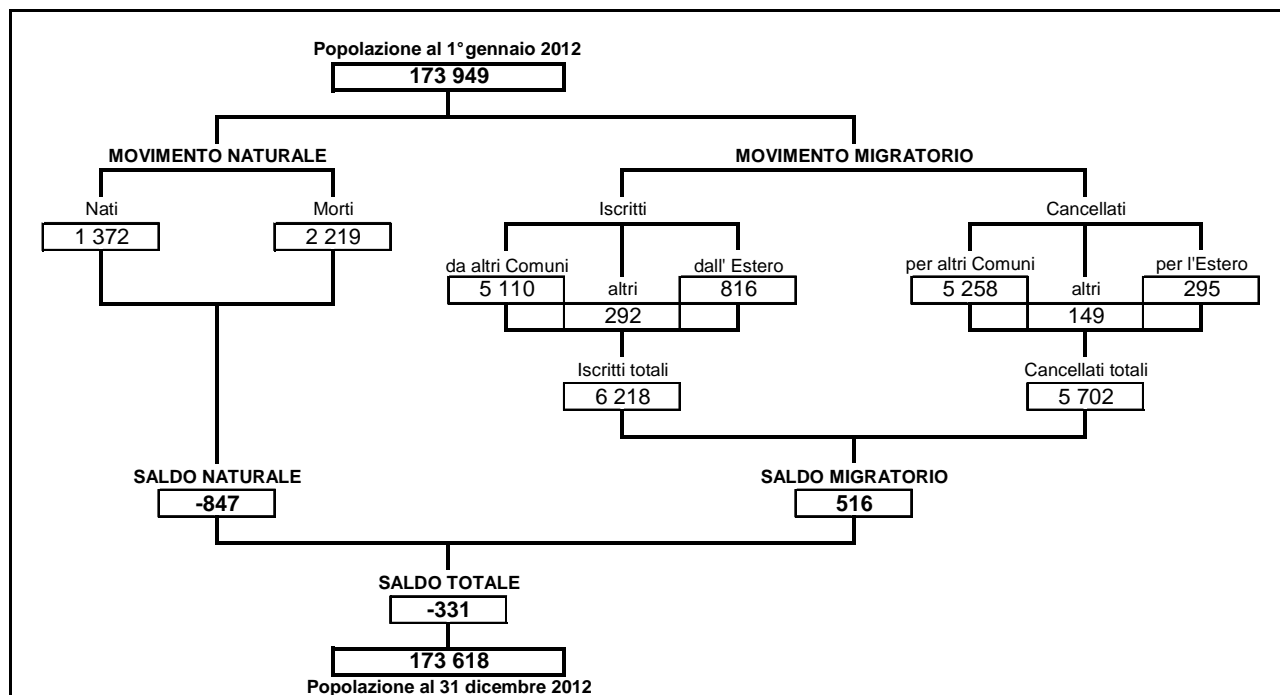
Le figure 1 e 2 riportano la dinamica demografica rispettivamente della Regione Piemonte e della ASL VC, mentre la figura 3 riporta la dinamica demografica della popolazione straniera nella ASL di Vercelli, con un saldo totale positivo di 515 unità.

Figura 1. Dinamica demografica nella Regione Piemonte nel 2012



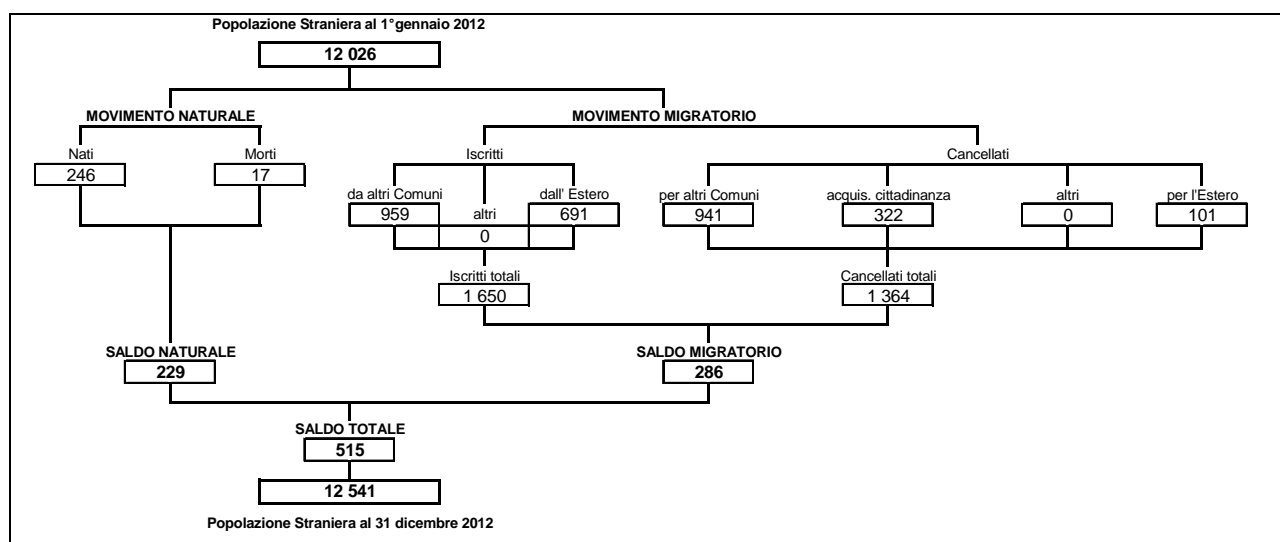
Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

**Figura 2. Dinamica demografica nell'ASL VC nel 2012**



Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

**Figura 3. Dinamica demografica della popolazione straniera nell'ASL VC nel 2012**



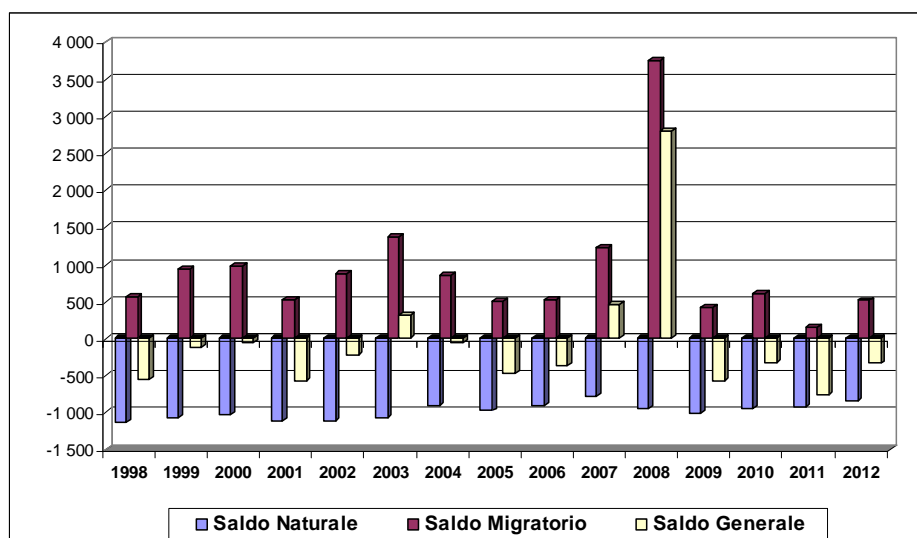
Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>



Considerando la dinamica demografica della popolazione della ASL di Vercelli raramente il saldo è risultato positivo negli ultimi anni, dal 1998 solo 3 volte, in modo più evidente nel 2008 anno in cui il saldo migratorio è risultato particolarmente elevato in positivo (Grafico 1).

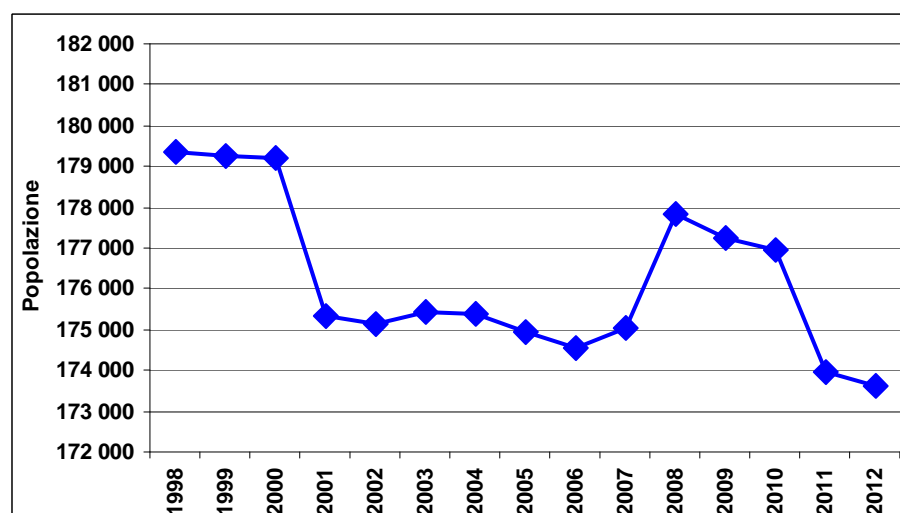
L'andamento della popolazione risulta in costante diminuzione (tranne che per l'eccezione dell'anno 2008) mentre in occasione degli anni del censimento la popolazione registra una contrazione evidente anche a livello nazionale e regionale, contrazione non associata né al movimento naturale né al movimento migratorio rilevato (Grafico 2).

**Grafico 1. Andamento dei saldi della popolazione ASL VC – Anni 1998-2012**



Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

**Grafico 2. Andamento della popolazione dell'ASL VC Anni 1998-2012**

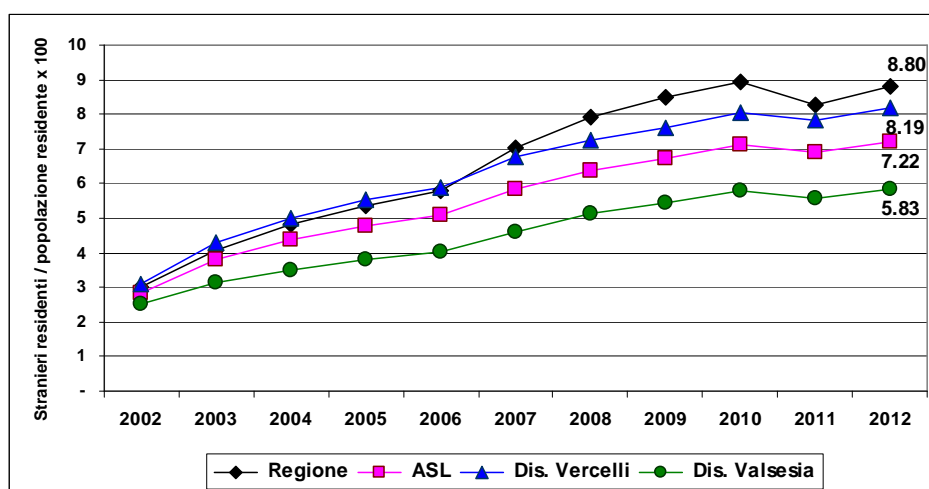


Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

Dal 2002 al 2010 la percentuale degli stranieri rispetto al totale della popolazione residente è risultata in incremento in tutta la ASL, incremento inferiore a quello regionale e superiore nel Distretto di Vercelli rispetto a quello della Valsesia (Grafico 3). Nel 2012 però nella ASL VC, come in Regione Piemonte la percentuale di popolazione straniera presente sembrerebbe essersi stabilizzata dopo una lieve diminuzione nel 2011.

In Regione Piemonte gli stranieri, al 31.12.2012, risultano 384.996 e rappresentano il 9% della popolazione regionale; nella ASL VC gli stranieri, al 31.12.2012, risultano 12.541 e rappresentano il 7% della popolazione della ASL.

**Grafico 3. Percentuale Stranieri residenti in Piemonte, nella ASL VC e nei Distretti di Vercelli e della Valsesia – Anni 2002-2012**



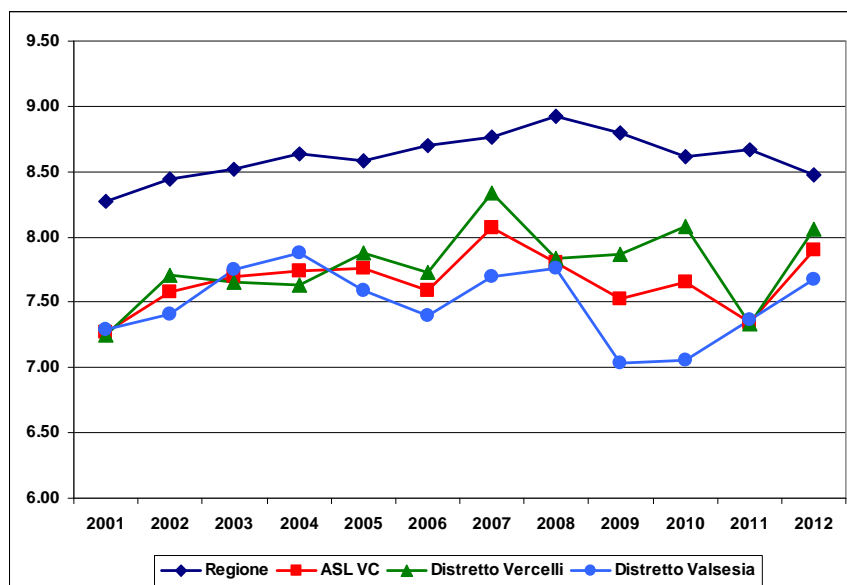
Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

Nella ASL VC il numero di nati nel 2012 è risultato pari a 1.372, con un tasso di natalità del 7,90 per 1.000, in lieve crescita rispetto all'anno precedente, lievemente superiore nel Distretto di Vercelli rispetto al Distretto della Valsesia e di poco inferiore al tasso di natalità regionale, che risulta pari a 8,47 per 1.000.

Il tasso di mortalità nell'ASL VC nel 2012 (n. assoluto di morti: 2.219) è risultato pari a 12,78 per 1.000, superiore al tasso di mortalità regionale (11,55 per 1.000) e di poco superiore nel Distretto della Valsesia rispetto al Distretto di Vercelli.

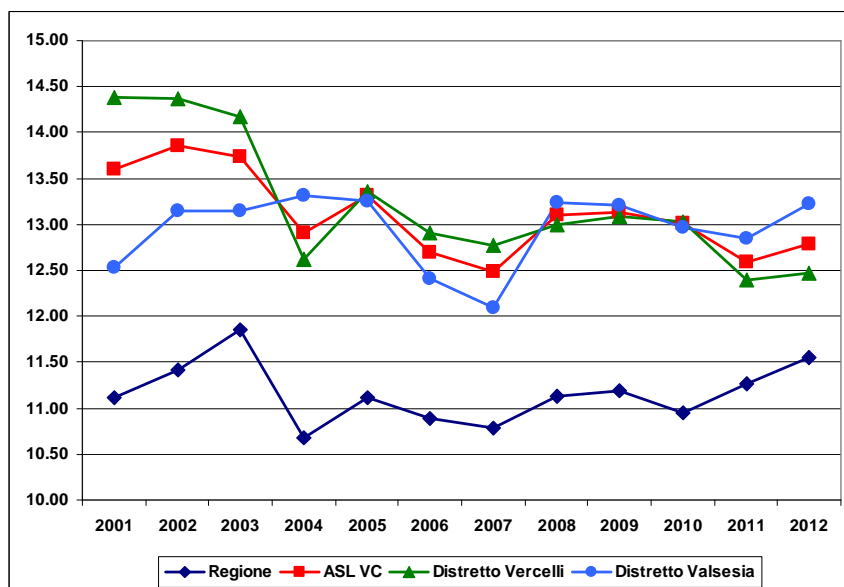
L'andamento dei tassi di natalità e mortalità dal 2002 è riportato nei grafici 4 e 5.

**Grafico 4. Andamento tasso di natalità – Confronto Regione / ASL VC / Distretti – Anni 2002-2012**



Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

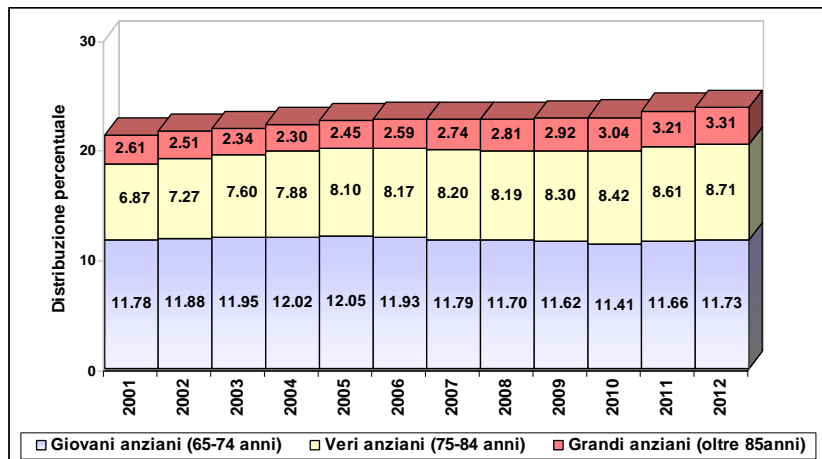
**Grafico 5. Andamento tasso di mortalità – Confronto Regione / ASL VC / Distretti – Anni 2001-2012**



Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

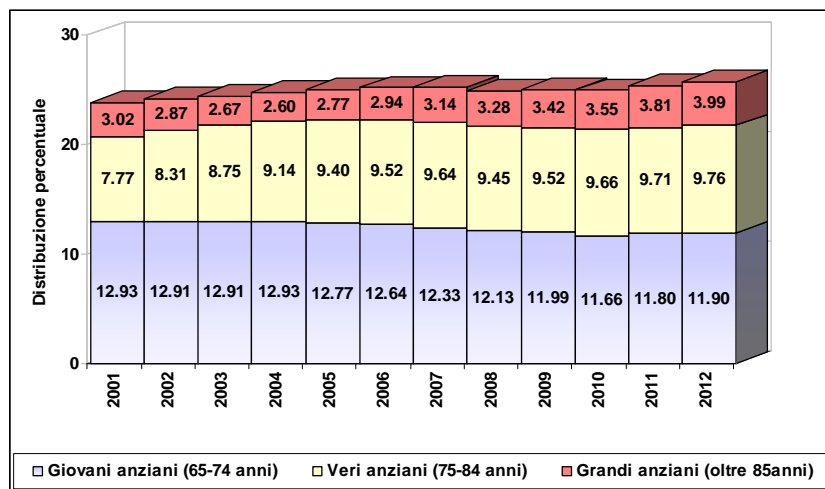
Nella ASL VC, al 31.12. 2012, gli ultrasessantacinquenni risultano 44.511 ossia il 25,64% della popolazione totale, (in Regione Piemonte 1.039.106 pari al 23,76% della popolazione piemontese) con una percentuale di veri e grandi anziani che sfiora il 22% rispetto al 20% regionale.

**Grafico 6. Popolazione della Regione Piemonte di 65 anni e oltre per fasce d'età – Anni 2001-2012**



Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

**Grafico 7. Popolazione della ASL VC di 65 anni e oltre per fasce d'età – Anni 2001-2012**



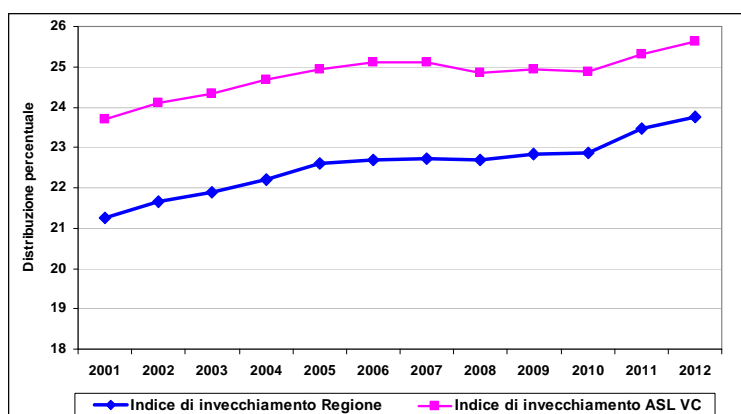
Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

La popolazione dell'ASL VC è fortemente caratterizzata da un progressivo invecchiamento, superiore a quello regionale.

Nei grafici da 8 a 13 è riportato il trend, dal 2002 al 2012, degli indici strutturali della popolazione della Regione Piemonte e quello della popolazione della ASL VC, che risulta sempre nettamente superiore.

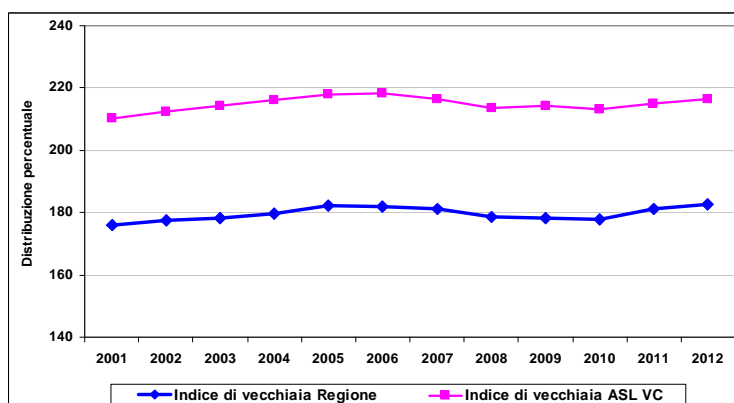
Nel 2012 l'indice di invecchiamento della ASL è risultato 25,64% rispetto al 23,76% della Regione, l'indice di vecchiaia è risultato 216,31% rispetto al 182,47%, l'indice di carico sociale o dipendenza della popolazione pari al 59,97% rispetto al 58,17%, l'indice di ricambio della popolazione attiva pari all'1,71% rispetto all'1,55%, l'indice di struttura della popolazione attiva pari all'1,45% rispetto all'1,38% e infine l'indice di dipendenza anziani è risultato del 41,01% nella ASL rispetto al 37,57% nella Regione.

**Grafico 8. Indice di invecchiamento popolazione Regione Piemonte e ASL VC - Anni 2002 – 2012**



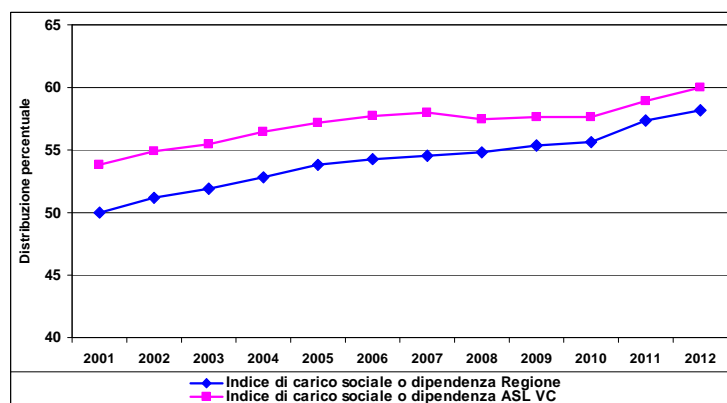
Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

**Grafico 9. Indice di vecchiaia popolazione Regione Piemonte e ASL VC -Anni 2002 - 2012**



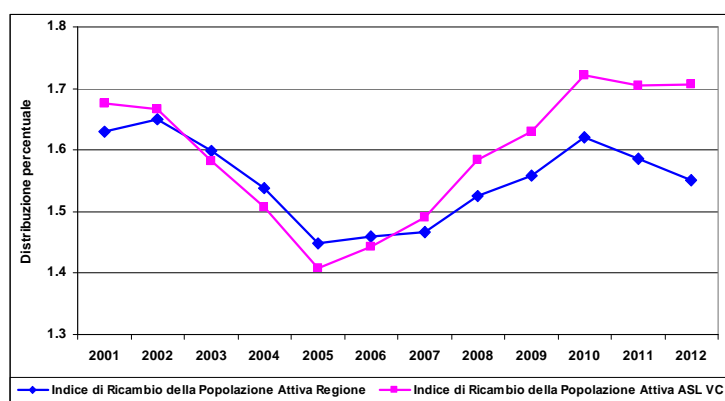
Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

**Grafico 10. Indice di carico sociale o dipendenza popolazione Regione Piemonte e ASL VC - Anni 2002 - 2012**



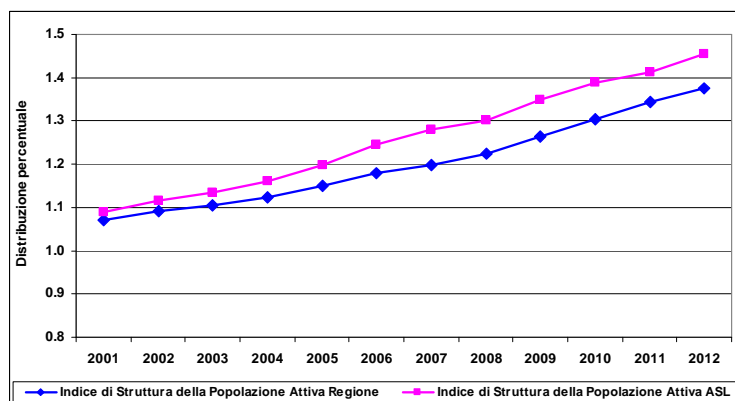
Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

**Grafico 11. Indice di Ricambio della Popolazione Attiva Regione Piemonte e ASL VC - Anni 2002 - 2012**



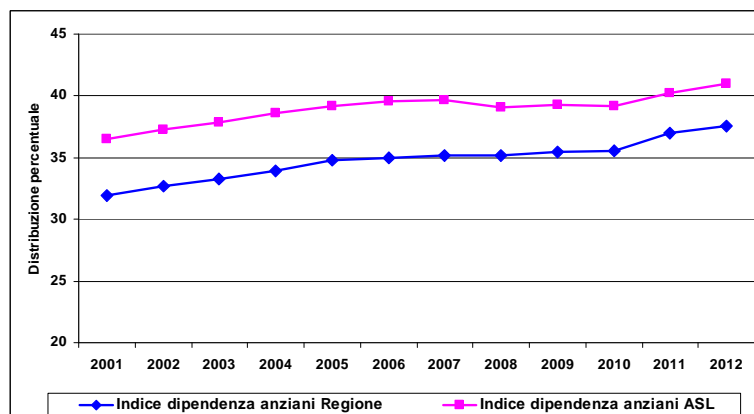
Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

**Grafico 12. Indice di Struttura della Popolazione Attiva Regione Piemonte e ASL VC - Anni 2002 – 2012**



Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

**Grafico 13. Indice dipendenza anziani Regione Piemonte e ASL VC Anni 2002- 2012**



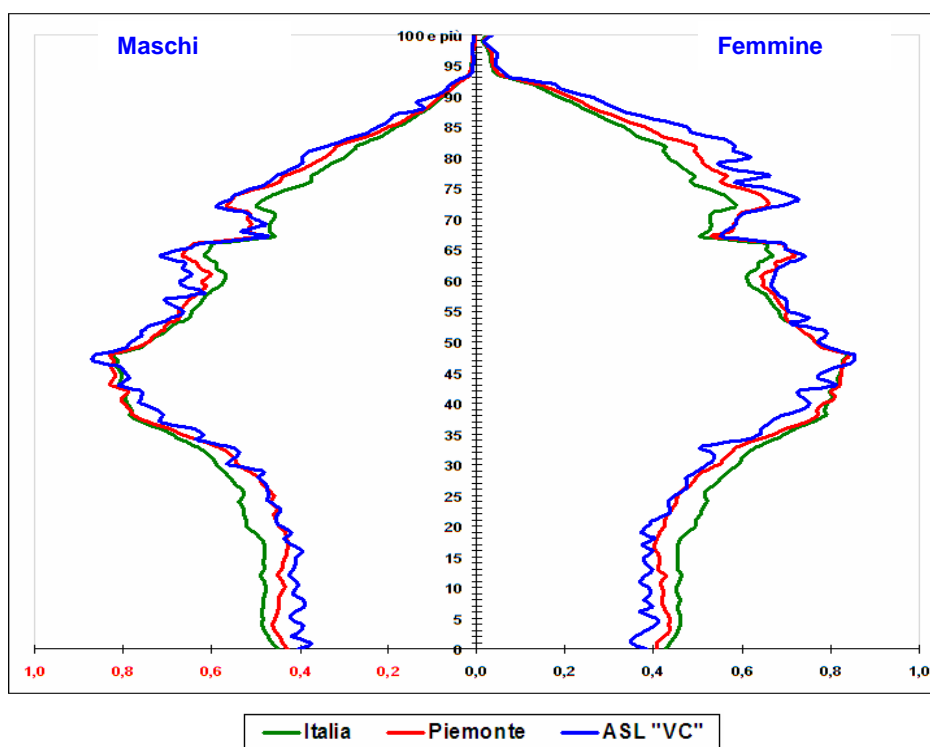
Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

La distribuzione della popolazione per età è rappresentata graficamente dalle cosiddette "piramidi delle età" che permettono di evidenziare eventuali anomalie rispetto all'atteso rappresentato da base larga e graduale assottigliamento della piramide verso il vertice, cioè maggiore numerosità dei soggetti in giovane età e diminuzione progressiva della popolazione in età più avanzata.

Le anomalie da qualche anno sono però ben visibili infatti il regredire della natalità e l'invecchiamento della popolazione provocano quasi l'inversione base/vertice della piramide (anziani più numerosi dei giovani).

Il regredire della natalità e l'invecchiamento della popolazione, nella ASL VC, risultano maggiori rispetto alla Regione e ancora di più rispetto all'Italia. Questa differenza sono ben evidenziate dalla sovrapposizione grafica delle piramidi delle 3 popolazioni d'interesse (ASL, Regione Piemonte, Italia) ottenute rapportando percentualmente la popolazione per età sul totale della popolazione (Grafico 14) (2.).

**Grafico 14. Piramidi delle età della popolazione residente in Italia, in Piemonte e nella ASL VC al 31.12.2012**

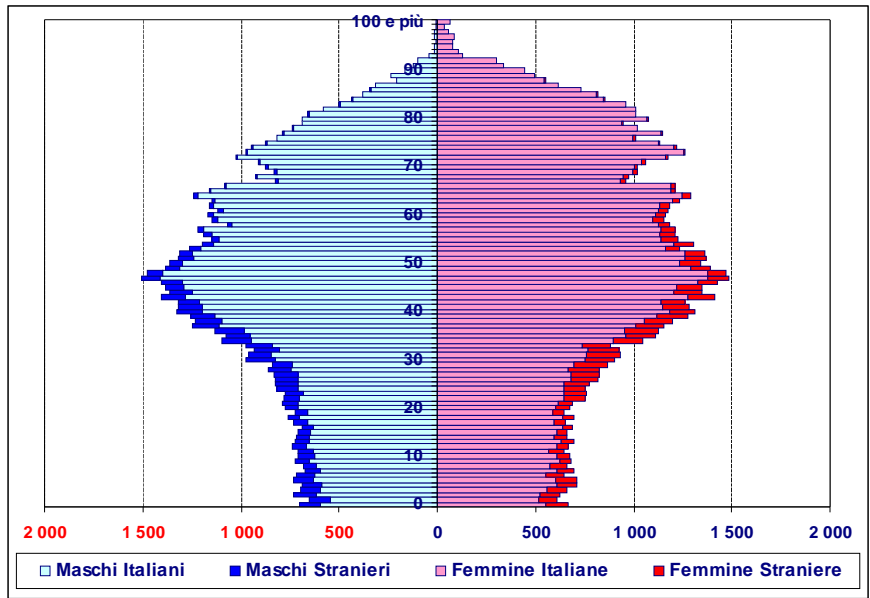


Fonte: <http://www.istat.it/it/>

Il grafico 15 riporta la piramide dell'età della popolazione totale (italiana e straniera) residente nella ASL VC al 31 dicembre 2012.

Le classi di età più numerose corrispondono ai nati tra la fine degli anni '50 e gli inizi degli anni '70. La popolazione anziana soprattutto femminile risulta molto consistente generando quasi un capovolgimento della piramide.

**Grafico 15. Piramide delle età della popolazione residente nella ASL VC al 31.12.2012**



Fonte: <http://www.istat.it/it/>



## Profilo di salute della ASL VC di Vercelli

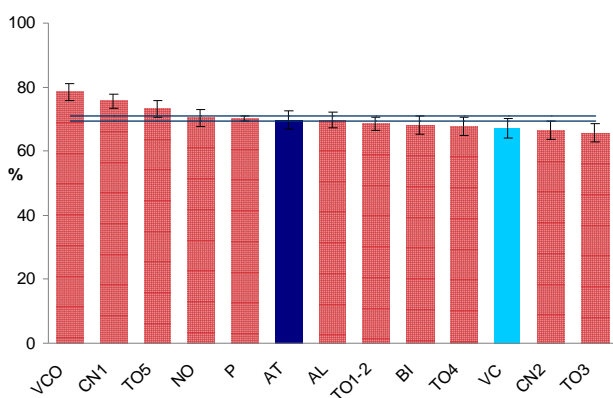
Si riportano di seguito i dati rilevati dal **Sistema di Sorveglianza PASSI** (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (3.), relativi ad un campione di rappresentatività aziendale della ASL VC di Vercelli e riferiti al periodo 2009-2012 (4.).

Il Sistema PASSI rappresenta un sistema di Sorveglianza di popolazione locale con valenza regionale e nazionale, la raccolta dati avviene a livello di ASL tramite la somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale. La popolazione in studio è costituita da persone di 18-69 anni d'età, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi d'età dalle popolazioni degli iscritti alle anagrafi sanitarie di tutte le ASL italiane.

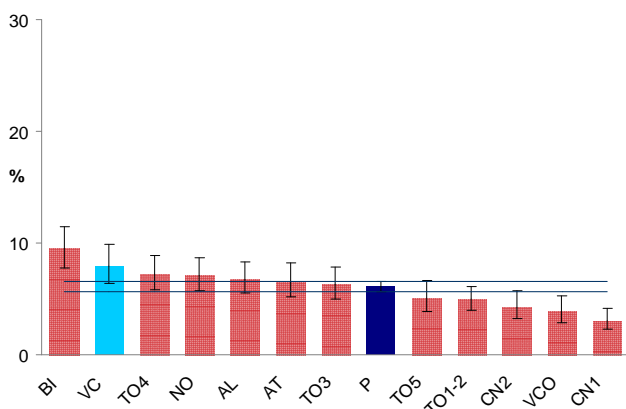
Dai dati forniti dal Sistema di Sorveglianza PASSI: per quanto riguarda la "percezione del proprio stato di salute", emerge che il 67,2% del campione di popolazione intervistato nella ASL VC (IC95% 64,2-70,9) ritiene "buona/molto buona" la propria condizione di salute, percentuale fra le più basse a livello regionale (Piemonte 70,1% con IC95% 69,3-70,9) (Grafico 16).

Per quanto riguarda la "salute mentale", l'8% (IC95% 6,4-9,9) riferisce di aver avuto "sintomi di depressione nelle due ultime settimane", percentuale fra le più alte a livello regionale (Piemonte 6,1% con IC95% 5,7-6,6) (Grafico 17).

**Grafico 16. Percentuale di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona nelle ASL piemontesi**



**Grafico 17. Persone con sintomi di depressione per ASL (%)**



## Stili di vita

### Abitudine al Fumo di sigaretta

Il fumo di sigaretta continua a rappresentare un fenomeno diffuso; nell'ASL VC, secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra i 18 e i 69 anni, il 26,4% (IC95% 23,7-29,2) dei soggetti intervistati si dichiara "fumatore" (Piemonte 27,5% con IC95% 26,7-28,3).

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo, tuttavia nell'ASL VC, solo il 35,6% (IC95% 32,4-38,8) degli intervistati, tra chi, nell'ultimo anno, è stato da un medico o da altro operatore sanitario, "dichiara di aver ricevuto domande sul proprio comportamento tabagico" (Piemonte 41,6% con IC95% 40,6-42,6).

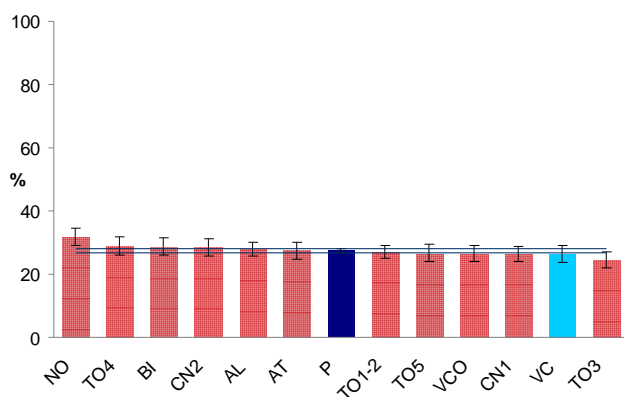
Inoltre al 44% (IC95% 36,4-51,9) degli intervistati fumatori è stato consigliato di smettere di fumare (Piemonte 52,5% con IC95% 50,2-54,8).

Il 93,3% (IC95% 91,5-94,8) degli intervistati ritiene che il divieto di fumo viene rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici (Piemonte 94,9% con IC95% 94,4-95,3).

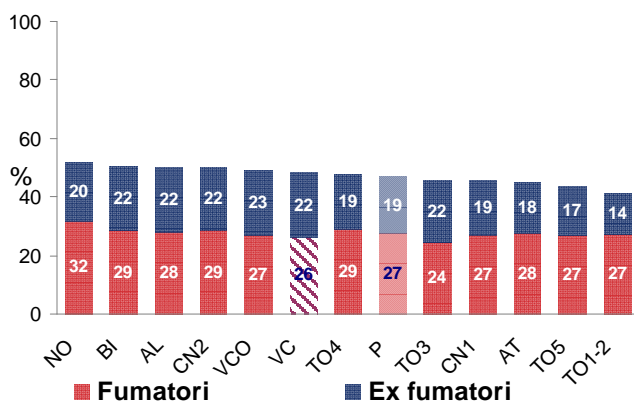
Mentre sul luogo di lavoro i lavoratori che riferiscono che il divieto di fumo viene rispettato sempre o quasi sempre sono l'86,6% (IC95% 83,5-89,1) (Piemonte 92,4 con IC95% 91,7-93).

Nel grafico 18 è riportato il confronto fra la percentuale di fumatori rilevata nelle ASL piemontesi e la media regionale. Nel grafico 19 è riportata l'abitudine tabagica nel corso della vita derivata dal dato di ex fumatori più fumatori attuali.

**Grafico 18. Percentuale Fumatori per ASL**



**Grafico 19. Abitudine tabagica nella vita (fumatori + ex fumatori) ASL (%)**



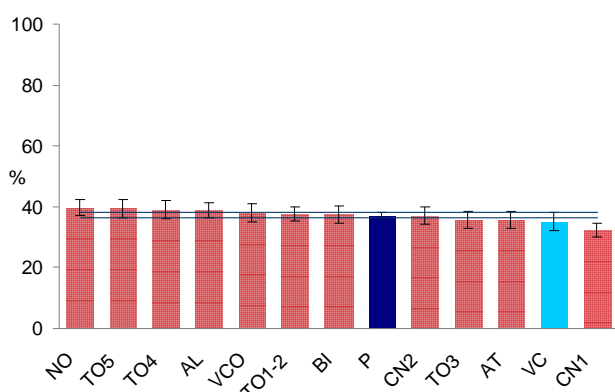
## Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 35% (IC95% 32,1-38) dei soggetti tra 18 e 69 anni della ASL VC, secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, è in eccesso ponderale (sovrappeso più obesi) (Piemonte 37,2% con IC95% 36,3-38). Il 49,7% (IC95% 21,4-31,7) delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio da parte di un sanitario di dimagrire (Piemonte 53,8% con IC95% 52,4-55,2); mentre il 26,2% (IC95% 23,5-34,4) ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica (Piemonte 37,6% con IC95% 36,0-39,2).

Per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, solo il 9,3% (IC95% 7,7-11,2) aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno (Piemonte 11,3% con IC95% 10,7-11,9).

Nel grafico 20 è riportato il confronto fra la percentuale di persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obeso versus sotto/normo) rilevata nelle ASL piemontesi e la media regionale.

**Grafico 20. Percentuali di persone in eccesso ponderale, per ASL (%)**

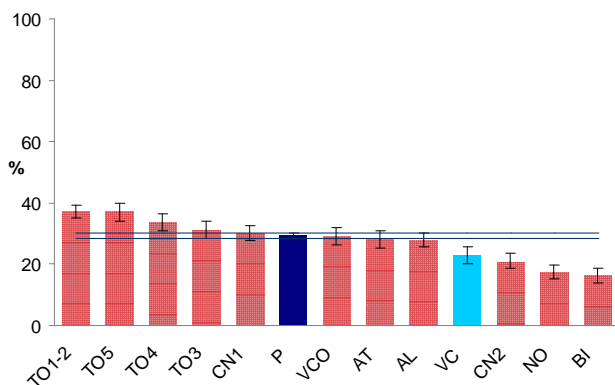


## Attività fisica

Il 22,9% (IC95% 20,3-25,6) del campione di intervistati nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI nell'ASL VC è completamente sedentario. Dai dati di confronto tra le ASL regionali emerge che la proporzione di persone sedentarie nella ASL VC è significativamente più bassa di quella del pool regionale (Piemonte 29,4% con IC95% 28,5-30,2). Nel 23,5% (IC95% 20,8-26,6) dei casi i medici o altri operatori sanitari consigliano di svolgere attività fisica regolare (Piemonte 29,9% con IC95% 28,9-30,8).

Nel grafico 21 è riportato il confronto fra la percentuale di persone sedentarie rilevata nelle ASL piemontesi e la media regionale.

**Grafico 21. Percentuale di sedentari per ASL (%)**

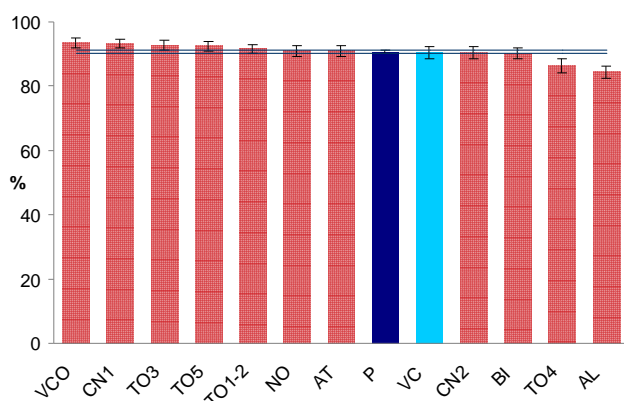


## Sicurezza stradale

Secondo il sistema di sorveglianza PASSI, l'uso dei dispositivi di protezione individuali, nell'ASL VC, risulta ancora non completamente soddisfacente, come peraltro nel resto della Regione: il 90,6% (IC95% 88,6-92,3) delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura di sicurezza anteriore (Piemonte 90,7% con IC95% 90,2-91,2), mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 29,2% (IC95% 26,1-32,6) degli intervistati (Piemonte 29,1% con IC95% 28,2 -30).

Nel grafico 22 è riportato il confronto fra la percentuale di persone che riferiscono di usare sempre la cintura di sicurezza anteriore, dato rilevato nelle ASL piemontesi e media regionale.

**Grafico 22. Percentuale di persone che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza per ASL**

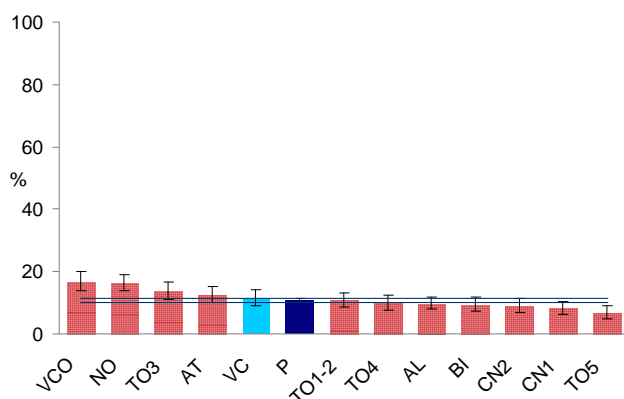


Il 97,6% (IC95% 94,8-99,1) degli intervistati della ASL VC, che guida motocicli, riferisce di indossare il casco (Piemonte 97,1% con IC95% 96,4-97,7).

Inoltre l'11,4% (IC95% 9,1-14,3) degli intervistati nel sistema di sorveglianza PASSI dichiara di aver guidato almeno una volta sotto l'effetto dell'alcol (10,8% media regionale, IC95% 10,1-11,5).

Nel grafico 23 è riportato il confronto fra la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente, dato rilevato nelle ASL piemontesi e media regionale.

**Grafico 23. Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente per ASL**



## Determinanti biologici

### Rischio cardiovascolare

Dal sistema di sorveglianza PASSI nella ASL VC emerge quanto segue.

La percentuale di soggetti che riferiscono di aver effettuato almeno un controllo pressorio negli ultimi 2 anni è pari all'85,5% (IC95% 83,2-87,6) in Piemonte è dell'83,6% (IC95% 82,9-84,3).

La percentuale stimata di soggetti ipertesi, è pari al 21,2 % (IC95% 18,7-23,9) (dato regionale 20,5% con IC95% 19,8-21,2).

La percentuale di soggetti che riferiscono di aver effettuato la misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita è l'83,2% (IC95% 80,8-85,4), in Piemonte è del 79,9% (IC95% 79,2-80,5).

La percentuale invece di soggetti che riferiscono di essere ipercolesterolemici è del 21,7% (IC95% 19-24,6) (Piemonte 24,5% con IC95% 23,6-25,3).

E' in trattamento farmacologico il 74% degli ipertesi rispetto al 77% della media regionale e il 39,4% degli ipercolesterolemici contro il 29,5% della media regionale. Considerando le azioni di prevenzione delle patologie cardiovascolari, nell'ASL VC la carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 5,1% (Piemonte 5,4% con IC95% 4,9-5,9) degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce di aver avuto una valutazione del rischio cardiovascolare con questo strumento.

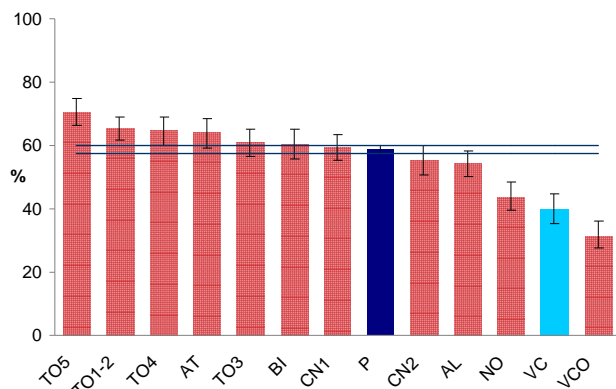
## Tumori

### Prevenzione dei tumori femminili

Nella ASL VC

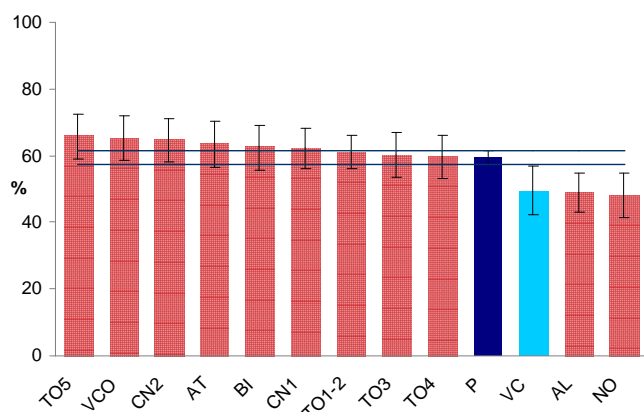
- l'88,8% (IC95% 85,3-91,6) (Piemonte 85,3% con IC95% 84,3-86,3) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età 25-64 anni riferisce di aver effettuato il Pap test negli ultimi tre anni, secondo le linee guida;
- il 40,4% (IC95% 35,3-44,8) (Piemonte 58,8% con IC95% 57,5-60,2) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età 25-64 anni riferisce di aver effettuato il Pap test all'interno del programma regionale di screening organizzato "Prevenzione Serena" negli ultimi tre anni (Grafico 21);
- il 48,7% (IC95% 43,9-53,6) (Piemonte 26,3% con IC95% 25,1-27,4) delle donne intervistate, riferisce invece di aver effettuato il Pap test negli ultimi tre anni al di fuori del programma regionale di screening organizzato;
- il 70% (IC95% 65,3-74,4) (Piemonte 82,1% con IC95% 81-83,1) riferisce di aver ricevuto la lettera della ASL d'invito all'esecuzione del Pap test;
- il 83,9% (IC95% 79,9-87,2) (Piemonte 74% con IC95% 72,7-75,2) riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario ad effettuare il Pap test;
- il 77% (IC95% 72,6-80,9) (Piemonte 75,8% con IC95% 74,7-77) riferisce di aver ricevuto l'informazione sul Pap test attraverso una campagna di comunicazione.

**Grafico 24. Donne di 25-64 anni che hanno aderito allo screening organizzato (ASO) per il tumore della cervice uterina**



- Il 73% (IC95% 66.2-79) (Piemonte 73,2% con IC95% 71,4-74,9) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età fra 50 e 69 anni riferisce di aver effettuato lo screening mammografico in accordo alle linee guida;
- il 49,5% (IC95% 42,3-56,7) (Piemonte 59,5% con IC95% 57,5-61,5) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età 50-69 anni riferisce di aver effettuato lo screening mammografico all'interno del programma regionale di screening organizzato "Prevenzione Serena" (Grafico 22);
- il 23,5% (IC95% 17,7-30) (Piemonte 13,2% con IC95% 11,8-14,6) delle donne intervistate riferisce invece di aver effettuato lo screening mammografico al di fuori del programma regionale di screening organizzato;
- il 64,9% (IC95% 57,8-71,4) (Piemonte 81,9% con IC95% 80,4-83,4) riferisce di aver ricevuto la lettera della ASL d'invito all'esecuzione della mammografia;
- il 81,7% (IC95% 75,6-86,8) (Piemonte 76,0% con IC95% 74,4-77,7) riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario ad effettuare la mammografia;
- il 81,7% (IC95% 75,6-86,8) (Piemonte 78,2% con IC95% 76,6-79,9) riferisce di aver ricevuto l'informazione sulla mammografia attraverso una campagna di comunicazione.

**Grafico 25. Donne di 50-69 anni che hanno aderito allo screening organizzato (ASO) per il tumore della mammella**



## Bibliografia

1. Piemonte STATistica e B.D.D.E – PISTA

<http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

<http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

2. Istituto nazionale di statistica – Istat

<http://www.istat.it/it/>

3. Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

<http://www.epicentro.iss.it/passi/>

4. La Sorveglianza Passi a sostegno del Programma Guadagnare salute. Rapporto locale 2009-2012 – ASL "VC" – Vercelli - *Epi ASL VC / 3/2014*

## Appendice

- **Popolazione residente:**

costituita dalle persone che hanno dimora abituale in un Comune, Provincia, Regione, ecc. Il suo incremento/decremento è dovuto a due componenti: il movimento naturale (nati, vivi, morti e il loro saldo) e il movimento migratorio (iscritti, cancellati per trasferimento di residenza e il loro saldo).

- **Saldo naturale:**

differenza fra il numero di nati e il numero di morti relativamente ad un periodo determinato.

- **Saldo migratorio:**

differenza tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche registrate in un determinato periodo (immigrati – emigrati).

- **Saldo totale:**

differenza fra saldo naturale e saldo migratorio in un determinato periodo

- **Tasso di natalità:**

rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1000.

- **Tasso di mortalità:**

rapporto tra il numero di morti nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1000.

- **Piramide delle età:**

rappresentazione grafica della struttura di una popolazione per sesso ed età.

Diagramma con in ordinata le classi d'età in cui è distribuita una popolazione e in ascissa la percentuale o il numero assoluto dei soggetti appartenenti a ciascuna classe suddivisi per sesso: maschile a sinistra e femminile a destra.

- **Indice di invecchiamento:**

rapporto popolazione in età uguale o superiore a 65 anni e popolazione totale per 100 abitanti.

- **Indice di vecchiaia:**

indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione, della struttura per età della popolazione. Rapporto tra la popolazione anziana di 65 e più anni e la popolazione di età inferiore a 15 anni per 100 abitanti.

- **Indice di carico sociale o dipendenza:**

ha una certa rilevanza economica e sociale: rapporta le persone che non sono autonome per ragioni demografiche (giovani e anziani) alla popolazione attiva. E' molto elevato nelle popolazioni in via di sviluppo e ad alta fecondità.

Rapporto tra la popolazione di età compresa fra 0 e 14 anni più la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni per 100.

- **Indice di ricambio della popolazione in età attiva:**

rapporto tra coloro che stanno per uscire dalla popolazione in età lavorativa e coloro che vi stanno per entrare, questo indice è soggetto a forti fluttuazioni ed è molto variabile.

Rapporto tra la popolazione di età compresa fra 60 e 64 anni e la popolazione di età compresa fra 15-19 anni per 100.

- **Indice di struttura della popolazione attiva:**

indica il grado di invecchiamento della popolazione attiva: tanto più è basso l'indice tanto più giovane è la popolazione in età lavorativa.

Rapporto tra la popolazione di età compresa tra 40 e 64 anni e la popolazione di età compresa tra 15 e 39 anni per 100.

- **Indice di dipendenza strutturale anziani:**

ha una rilevanza analoga all'indice di carico sociale ma è specifico per la sola popolazione anziana. Rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

## **A CURA DI**

**Antonella Barale** – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Francesco Groppi** – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione



## 2. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

### 2.1. Guadagnare salute

#### Razionale e modello logico

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) – malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete – costituiscono, anche per il Piemonte, il principale problema di sanità pubblica: sono, infatti, la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati (HEALTH 2020). Le stime indicano che almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro si possono prevenire. Le disuguaglianze nel carico di malattie non trasmissibili, poi, all'interno dei Paesi e fra i Paesi dimostrano che il potenziale di miglioramento in termini di salute è ancora enorme.

Il Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle MCNT per il periodo 2013-2020 dell'OMS fornisce una *roadmap* e una serie di opzioni di policy, allo scopo di intraprendere azioni coordinate e coerenti per il raggiungimento dei nove obiettivi globali volontari, incluso quello della riduzione relativa del 25% della mortalità precoce dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o malattie respiratorie croniche entro il 2025.

All'attuale rilevante peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, peraltro, si deve aggiungere la previsione di aumento nei prossimi anni legata all'innalzamento dell'età media della popolazione, con il correlato aumento della disabilità per malattie croniche non trasmissibili e demenza e del numero di soggetti con ridotta autonomia, scarsa inclusione sociale e minore partecipazione alla vita attiva.

La promozione dell'invecchiamento attivo è la strategia condivisa a livello internazionale per mitigare gli effetti negativi sul sistema sociale ed economico, oltre che sul piano individuale.

#### Strategie

In continuità con il PRP 2010-2012, che affermava *"Vi è piena consapevolezza che comportamenti e stili di vita non sono ascrivibili solo a scelte e responsabilità individuali, ma anche e soprattutto a determinanti ambientali e a condizioni e pratiche sociali. Gli interventi previsti considerano l'agire in questi contesti condizione imprescindibile per meglio sostenere l'adozione da parte della collettività di comportamenti e stili di vita protettivi per la salute e per ridurre le disuguaglianze di salute"*, l'approccio individuato si basa principalmente su strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti, implementando gli obiettivi del Programma nazionale "Guadagnare Salute", secondo i principi di "Salute in tutte le politiche", integrando tali strategie di comunità e di setting con azioni specifiche (es. counseling motivazionale) rivolte ai soggetti già portatori di fattori di rischio comportamentali o intermedi, indirizzandoli verso offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare...) o terapeutici specifici (es. prescrizione attività fisica).

#### Strategie di comunità

Si tratta di programmi volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, uso dannoso di alcol) sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita (ridefinire l'assetto urbanistico per favorire gli spostamenti a piedi o in bicicletta, migliorare l'offerta di alimenti sani, migliorare la qualità dell'aria, garantire ambienti di lavoro sicuri e sani, ecc.), con un approccio di "salute in tutte le politiche". Adottano un

approccio multi componente (trasversale ai determinanti di salute), per ciclo di vita (life course, con particolare attenzione sia ai primi anni di vita sia alle strategie volte a garantire *un invecchiamento attivo e in buona salute*) e setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario), e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.), con il coinvolgimento (empowerment di comunità) di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali. Tali strategie sono state integrate nel programma Guadagnare Salute Piemonte, avviato nel 2013.

Si intende pertanto consolidare l'adozione di tale approccio individuando programmi specifici di lavoro per il 2014, articolandoli nei setting comunità, ambiente di vita e di lavoro e nel setting scuola.

### **Strategie basate sull'individuo**

La prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e intermedi può essere perseguita mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi. Anche per questi fattori l'obiettivo finale è quello di mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso un invecchiamento attivo e in buona salute.

---

## **Quadro logico**

La complessità di questo macro obiettivo richiede un approccio concettualmente articolato in: 1) strategie di promozione della salute, per definizione orientata all'empowerment di comunità e ad azioni svolte in setting definiti (scuola, lavoro, ecc.); 2) strategie di prevenzione primaria in gruppi a rischio; 3) strategie di prevenzione secondaria, per l'identificazione di malattie in fase precoce. I tre livelli non sono necessariamente sempre distinti, ma convergono sulla riduzione della frequenza di determinanti di MCNT.

Inoltre vi sono stretti collegamenti con gli obiettivi riguardanti stili di vita e scelte individuali enunciati nei capitoli dedicati alla prevenzione degli incidenti (domestici, stradali, sul lavoro), verso i quali saranno definiti di volta in volta i necessari rimandi.

Gli ambiti della promozione del benessere mentale e della prevenzione delle dipendenze sono confluiti in questo capitolo in quanto oggetto delle azioni relative a quasi tutti i programmi qui considerati. In particolare, la prevenzione del fumo di tabacco e dell'abuso di alcol e sostanze è integrata nei progetti formativo-educativi proposti alle scuole, nonché nel programma rivolto al setting "servizi sanitari". La promozione del benessere mentale è presente nel setting "comunità" nelle azioni previste dai gruppi "Genitori più" e "Rete di psicologia dell'adolescenza".

---

### **1. Obiettivo centrale (nazionale)**

Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale

#### **Obiettivo specifico regionale**

Coordinare, promuovere ed integrare le azioni di promozione della salute nei diversi ambiti

#### **Programmi:**

##### **Guadagnare Salute Piemonte**

## Azioni 2014

---

### 1. Livello regionale:

- Coordinamento gruppo di lavoro Guadagnare Salute e relativi sottogruppi

### 1. Livello locale

- **Partecipazione ai gruppi regionali**

- Partecipazione ai gruppi regionali di un rappresentante dell'ASL VC, nella figura del RePES, che si farà carico di diffondere a livello locale le indicazioni e gli stimoli derivanti dal lavoro del gruppo regionale Guadagnare Salute.

- **Attivazione di un gruppo di lavoro locale Guadagnare Salute**

- Gruppo di lavoro locale Guadagnare Salute: nell'ASL VC è già attivo un Gruppo Aziendale di Promozione della Salute dal 2010, formalmente deliberato. Il Gruppo Aziendale è finalizzato alla definizione di obiettivi, alla pianificazione e realizzazione di interventi di promozione di stili di vita sani e di contrasto dei fattori di rischio per la salute.

- Al gruppo partecipano rappresentanti dei seguenti Servizi Sanitari: S.C. SIAN, Consultorio, SerT, Servizio di Psicologia, Servizio Sociale, S.C. Malattie Infettive, Servizio di Psichiatria, S.S. Epidemiologia, S.C. Pediatria. Agli incontri del Gruppo è invitato regolarmente anche un rappresentante dei Medici di Medicina Generale. Altri Servizi Sanitari sono coinvolti nelle attività di Promozione della Salute come la S.S. Medicina dello Sport, Il Medico Competente, il Servizio di Protezione e Prevenzione, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, la S.C. Veterinaria.

---

### 2. Obiettivo centrale (nazionale)

Sviluppo di programmi di promozione della salute integrati e condivisi tra servizi sanitari e istituzioni educative

#### Obiettivo specifico regionale

Favorire l'equo accesso di tutte le scuole del territorio alle proposte integrate di promozione della salute e la diffusione delle buone pratiche.

#### Programmi:

**Guadagnare Salute Piemonte Setting Scuola**

---

## Azioni 2014

### 2. Livello regionale:

- Rinnovo del protocollo Scuola e Salute con USR e Assessorato Istruzione con l'emanazione delle linee guida per l'anno 2014/2015
- Consolidamento dei percorsi di formazione: Profili di salute, Media Education, Gambling

- Sviluppo e co-progettazione di un percorso di formazione congiunta sanità – scuola sulla promozione della salute finalizzata alla costruzione di competenze della Rete delle Scuole che promuovono salute
- Promozione e disseminazione di buone pratiche e di progetti individuati come prioritari dalle linee guida (Unplugged, Diari di salute, ecc.) (vedi incidenti stradali, incidenti domestici, benessere mentale, dipendenze)
- Valorizzazione dell'adesione alla rete SHE in collaborazione con altre regioni

## 2. Livello locale

- **Potenziamento della collaborazione tra UST e ASL**

- Si intende invitare la Referente per la Salute dell'Ufficio Scolastico Provinciale (UST) a partecipare agli incontri previsti per il 2014 del Gruppo Aziendale di Promozione della Salute dell'ASL VC, attivo dal 2010, al fine di migliorare il dialogo, la collaborazione e lo scambio di informazioni utili a programmare azioni mirate alla popolazione scolastica del territorio dell'ASL VC.

- **Partecipazione alle Azioni a regia regionale**

- Come già negli anni precedenti l'ASL VC, attraverso il RePES, parteciperà alle azioni proposte dalla Regione, dandone diffusione nella propria rete di Scuole e sostenendole anche con incontri organizzati ad hoc.

- **Offerta alle Scuole di un "Catalogo progetti formativi ed educativi"**

- Definizione di un catalogo di offerta delle attività di promozione della salute (progetti formativi ed educativi) che i diversi Servizi dell'ASL, per i loro specifici ambiti, rivolgono alle scuole di ogni ordine e grado.

Il catalogo comprende progetti sui seguenti ambiti: tabagismo e uso di sostanze psicoattive, incidenti domestici nei bambini di età 3-6 anni, salute mentale e sano sviluppo psicofisico in adolescenza, salute in età preadolescenziale, disturbi alimentari, sana alimentazione e corretti livelli di attività motoria, corretto uso del cellulare, donazione di sangue e midollo osseo, gravidanze indesiderate e Malattie sessualmente trasmissibili, rapporto con animali di affezione, sicurezza alimentare.

Il catalogo sarà diffuso, grazie alla collaborazione con l'Ufficio Scolastico Territoriale, presso tutti gli Istituti Scolastici del territorio attraverso una comunicazione via mail. Inoltre sarà presentato ai Referenti della Salute delle scuole in due incontri, uno per il Distretto di Vercelli e uno per quello della Valsesia.

A completamento dell'azione di comunicazione e diffusione, saranno realizzati comunicati stampa per i giornali locali e il catalogo sarà pubblicato nella pagina di Promozione della Salute del sito dell'ASL VC.

- **Offerta attiva alle scuole di progetti di buona pratica sui temi del Guadagnare salute (stili di vita, benessere e sicurezza)**

- Il catalogo comprende, tra i progetti orientati all'adozione di stili di vita salutari alcuni individuati come Buone Pratiche (Unplugged, Affy – Fiutapericoli, Spuntino, Peer to Peer e Diario della Salute)

- **Promozione e supporto alle scuole che aderiscono al progetto "Rete delle Scuole che promuovono salute" (Profili di salute)**

- L'ASL VC partecipa al progetto regionale Profili di salute e intende supportare, nei modi indicati dalla formazione regionale con l'attivata già nel 2013 e in corso nel 2014, la sperimentazione circa la stesura di un Profilo di Salute che gli Istituti Scolastici del territorio, che hanno aderito

all'iniziativa, realizzeranno nel 2014.

### **Soggetti coinvolti:**

#### **livello regionale**

USR; Assessorato Sanità; Assessorato Istruzione; Centro di documentazione DoRS; Rete Attività fisica Piemonte (RAP); Gruppo regionale Guadagnare Salute Piemonte.

#### **livello locale**

Ufficio Scolastico Territoriale; RePES - Promozione della Salute; Servizi dell' ASL VC: S.S. Igiene della Nutrizione, S.C. Unità modulare Psichiatria; S.S.v.D. Gestione Consultori; S.C. Pediatria, S.C. Psicologia; S.C. Veterinaria, S.C. Ser.T., SISP, S.S. URP e Comunicazione, Servizio Sociale; S.C. Malattie Infettive; Distretto di Vercelli; Distretto della Valsesia; Scuole di ogni ordine e grado; A.R.P.A.; Associazioni di volontariato.

### **Popolazione target:**

Studenti; docenti; dirigenti scolastici; personale scolastico; delle scuole di ogni ordine e grado; genitori.

### **Gruppo di lavoro**

**Raffaella Scaccioni** – RePES aziendale – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Gianfranco Abelli** – S.C. Sian

**Onesimo Vicari** – S.C. S.I.S.P.

**Maria Esposito** – S.C. Malattie Infettive

**Paola Gariboldi** – S.C. Ser.T.

**Patrizia Colombari** – S.S.D. Psicologia

**Cristina Parvis** – S.S.D. Psicologia

**Cristina Camana** – S.C. Ser.T.

**Silvia Ferraris** - S.C. Unità modulare Psichiatria,

**Claudia Taliano** - S.S. URP e Comunicazione

**Elisabetta Repetto** - S.S.v.D. Gestione Consultori, S.S.D. Psicologia

**Elena Uga** – S.C. Pediatria.

**Nadia Giordano** - S.S.v.D. Gestione Consultori

**Paolo Grandi** – S.C. Veterinaria.

**Luisa Novella** – S.C. Sian.

---

### **3. Obiettivo centrale (nazionale)**

Ambiente di lavoro - Sviluppo di programmi/interventi integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e "datori di lavoro", volti a favorire l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol), attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, Medici competenti, ecc.)

Comunità - Sviluppo di programmi/interventi, volti a favorire l'adozione di stili di vita attivi, nella popolazione giovane, adulta e anziana, attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, ecc.)

#### **Obiettivo specifico regionale**

- Promozione dell'attività fisica: aumentare/sostenere l'attività fisica quotidiana praticata dalla popolazione adulta e ultra64enne.

- Alimentazione sana: migliorare la disponibilità e riconoscibilità di alimenti salutari nelle mense, ristoranti, distributori automatici di alimenti.
- Promozione del benessere: sostenere la genitorialità nei primi anni di vita

### Programmi:

#### Guadagnare salute Piemonte setting Comunità e ambienti di vita e di lavoro

## Azioni 2014

### 3. Livello regionale:

- Coordinamento gruppi di lavoro permanenti "Genitori più" "Rete per l'Attività Fisica", "Rete di psicologia dell'Adolescenza", "Rete donazione sangue e midollo osseo".
- Valorizzazione e diffusione dei Materiali prodotti dai gruppi
- Documentazione e formazione - attivazione area focus partecipazione empowerment su sito Dors
- Avvio delle attività istruttorie propedeutiche alla creazione di una rete piemontese WHP
- Accordi quadro e progetti pilota regionali con associazioni e imprese alimentari (vedi Sicurezza alimentare) per:
  - riduzione del contenuto di sale nel pane
  - miglioramento della qualità nutrizionale dei menu nella ristorazione collettiva e nei ristoranti
  - miglioramento della disponibilità e riconoscibilità di alimenti salutari nei distributori automatici di alimenti
- genitorialità: interventi di sensibilizzazione/formazione al tema della promozione della salute nei "primi mille giorni" di alcuni profili professionali (operatori ASL, farmacisti) e degli studenti del Corso laurea Infermieristica/Pediatria
  - sviluppo corso FAD su incidentalità domestica (vedi incidenti domestici)

### 3. Livello locale

#### • Adesione e partecipazione attiva ai gruppi di lavoro

L'ASL VC continuerà a partecipare alle riunioni dei Gruppi regionali permanenti "Genitori più", "Rete per l'Attività Fisica", "Rete di psicologia dell'Adolescenza", "Rete donazione sangue e midollo osseo" individuando un rappresentante competente per ognuno degli ambiti di lavoro.

Si prevede di incaricare un rappresentante dei Consultori per il gruppo "Genitori più", e un rappresentante del Centro Trasfusionale per la "Rete donazione sangue e midollo osseo". Per la "Rete per l'Attività Fisica" è stato incaricato formalmente il RePES, così come per "Rete di Psicologia dell'Adolescenza" è stata individuata formalmente una psicologa come Referente Aziendale per l'Adolescenza.

- **Partecipazione al progetto Europeo "Be Healthy: mente e corpo in salute e in adolescenza"** che si inserisce nella programmazione della direzione EACEA, Programma Gioventù in Azione, azione 4.6 Partnership (Agreement N° 2013 – 5648 / 013 – 001 YT7 PDPA7) e viene realizzato sotto la leadership dell'ASL TO3.

Il Progetto si pone come obiettivo la sensibilizzazione degli adolescenti e degli operatori a loro dedicati sul benessere psicofisico e sulla prevenzione del disagio psichico tramite la pratica di

attività sportive anche non agonistiche.

Il progetto prevede due seminari di formazione per operatori e un seminario di una settimana rivolto ai giovani di tutti i Paesi europei partecipanti. Inoltre è prevista, in ogni ASL della regione Piemonte, la disseminazione delle azioni programmate nel corso dei seminari con i partner europei. L'intera iniziativa è il risultato del lavoro della Rete Regionale dell'Adolescenza a cui l'ASL VC partecipa fin dalla sua nascita.

- **Implementazione delle iniziative locali rispetto ai programmi di promozione dell'attività fisica (gruppi di cammino, fitwalking, nordic walking).**

- Al fine di implementare le iniziative locali di Walking Program si intendono realizzare nel 2014 due iniziative di gruppo di cammino rivolte alla popolazione generale.

I conduttori dei gruppi saranno gli operatori sanitari formati nel 2012 attraverso un corso di formazione apposito realizzato dall'ASL VC. I Gruppi di cammino avranno orari differenti, mattutino e preserale, per consentire a soggetti di target diversi di partecipare; si realizzeranno contemporaneamente nelle quattro principali sedi dell'ASL VC – Vercelli, Gattinara, Santhià e Borgosesia. Il Gruppo con l'orario preserale sarà orientato a soggetti lavoratori e sarà particolarmente promosso tra i dipendenti dell'ASL VC. Il Gruppo di cammino con orario mattutino si orienterà su soggetti in pensione.

E' previsto il coinvolgimento dei MMG per la diffusione dell'informazione dei Gruppi di cammino tra i propri pazienti sedentari attraverso una comunicazione via mail e l'invio di una scheda sintetica dei dati Passi sulla sedentarietà e sui livelli di attività fisica della popolazione dell'ASL VC.

Sarà realizzato un depliant sulla promozione dell'attività fisica e sulla corretta alimentazione da distribuire ai MMG che segnaleranno la volontà di sostenere l'iniziativa di Walking Program presso i propri pazienti, individuando i sedentari e invitandoli a partecipare all'attività motoria proposta.

- Affissione di point-of-decision prompts (cartelli per la promozione dell'uso delle scale) nei punti strategici di accesso ai piani superiori delle sedi dell'ASL dislocate sul territorio.

- **Implementazione dei programmi di donazione sangue e midollo osseo.**

- Il Centro Trasfusionale dell'ASL VC, in collaborazione con le principali Associazioni di Volontariato in ambito di donazione di sangue, proporrà come ogni anno alle scuole il progetto regionale "Porgi una mano, qualcuno ha bisogno di te" per la promozione della donazione di sangue e midollo osseo.

L'attività si rivolge alle quarte e quinte superiori e ha l'obiettivo di avvicinare i giovani alla donazione diffondendo informazioni e stimolando riflessioni.

- **Promozione della genitorialità nei primi 1000 giorni**

- In continuità con l'attività del 2013 le iniziative connesse al programma Genitori più, per la promozione del benessere attraverso il sostegno alla genitorialità nei primi anni di vita, proseguiranno a cura del personale della S.C. Pediatria, della S.C. Ostetricia e Ginecologia e dell'S.S.D. Gestione Consultori. Nei corsi di preparazione al parto e post parto saranno trattati gli argomenti connessi al fumo in gravidanza, posizione supina durante il sonno, uso del seggiolino in auto, prevenzione incidenti domestici, promozione dell'allattamento materno e delle vaccinazioni.

Sono in corso accordi specifici con le biblioteche comunali di Borgosesia, Gattinara, Varallo e Vercelli per promuovere l'azione "Nati per leggere" all'interno dei Corsi di accompagnamento alla nascita.

I depliant per la prevenzione degli incidenti domestici saranno consegnati a tutti i neo genitori in occasione della distribuzione dell'agenda del Neonato dal pediatra.

Si prevede di organizzare per la Settimana di promozione dell'allattamento al seno alcune iniziative che comprendono giornate di Open Day dei Consultori, la partecipazione della S.C.

Pediatria e dei Consultorio al tavolo interistituzionale sull'allattamento materno organizzato dal Comune di Vercelli.

La cultura dell'allattamento al seno sarà promossa nelle giovani generazioni attraverso un progetto rivolto alle scuole medie inferiori curato dalla S.C. Pediatria e da una associazione di volontariato locale.

Organizzazione di un corso rivolto ad operatori dell'ASL VC sulle tematiche del programma "Genitori più". Il corso si articolerà in due giornate e in due edizioni, una per ogni Distretto dell'ASL.

Si intende promuovere la partecipazione degli operatori ai corsi FAD organizzati dalla Regione in materia di sostegno alla genitorialità nei primi anni di vita, allo scopo di favorire sensibilizzazione e competenza.

- **Miglioramento della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nella ristorazione scolastica ed assistenziale. I**

In Piemonte i SIAN oltre a garantire l'attuazione delle sorveglianze nazionali "Okkio alla salute", "HBSC" e "GYTS", attivano specifiche sorveglianze sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva dai bambini e sulla qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva con una particolare attenzione alle porzioni distribuite nella ristorazione scolastica ed assistenziale.

"SORVEGLIANZA SUI PRODOTTI CONFEZIONATI CONSUMATI IN ETÀ EVOLUTIVA DURANTE GLI SPUNTINI": attività di aggiornamento della banca dati sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva con la raccolta delle etichette degli alimenti. Il progetto proseguirà con le modalità previste dal P.R.I.S.A. 2014 (Fase 1: marzo-giugno 2014 raccolta e caricamento dati su griglia 1 a cura dei SIAN; Fase 2: luglio-settembre 2014, a cura della Regione: luglio-settembre 2014: tabulazione dati raccolti dai SIAN ed assegnazione prodotti da caricare su griglia 2 ai SIAN; Fase 3: settembre-dicembre 2014: caricamento dati etichette su griglia 2 ed invio entro 31/12/2014; Fase 4: a cura della Regione: aggiornamento Banca Dati su "sianpiemontearvet").

Per la VIGILANZA/MONITORAGGIO nella RISTORAZIONE SCOLASTICA nel 2014 sarà mantenuta l'attività di vigilanza nelle ristorazioni scolastiche mediante sopralluoghi in almeno 20 strutture utilizzando la scheda di "SORVEGLIANZA IGIENICO NUTRIZIONALE DELLE MENSE - Sezione A" già fornita dal Settore regionale competente nel biennio 2007-2008 e la scheda per la sorveglianza delle porzionature fornita con il programma 2011-2012.

PROGETTO SPUNTINO: Percorso di formazione per insegnanti.

PROGETTO ALIMENTAZIONE: Interventi di promozione corretti stili di alimentazione (Linee guida Inran – 2003 - aggiornamento 2012). Realizzazione dell'intervento di prevenzione dei disturbi alimentari (DCA) una collaborazione tra Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Prevenzione e S.I.A.N., (al raggiungimento di un numero minimo di insegnanti aderenti pari o maggiore a 8).

- **Ristorazione collettiva**

"Verifica menù": rappresenta ormai un'attività ordinaria dei Servizi estesa a tutte le strutture mensa censite sul territorio. L'utilizzo delle raccomandazioni fornite nei documenti regionali "Indicazioni Operative per la Ristorazione Collettiva Scolastica ed Assistenziale" ha consentito l'adozione di criteri omogenei di valutazione con un concreto miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. Il Sian ASL VC svolge da diversi anni il lavoro di valutazione dei menù per diete speciali dando risposta ad un problema importante e diffuso rappresentato dalla gestione delle diete speciali (allergie, intolleranze, etico - religiose) che implica una valutazione attenta nella formulazione dei menù per evitare l'esposizione a diete monotone, carenze di nutrienti o presenza di allergeni nascosti. Questa attività, sicuramente utile, richiede un importante impegno per il Servizio.

Residenze per anziani: anche nella ristorazione assistenziale si proseguirà l'attività di vigilanza/monitoraggio ponendo attenzione anche alla capacità di gestione dei rischi nutrizionali presenti negli utenti di tali strutture compresa l'adozione di protocolli di monitoraggio dello stato



nutrizionale. Per il 2014 dovrà essere effettuata una vigilanza in almeno 15 strutture compilando la scheda di sorveglianza prevista nell'indagine 2009/10.

### **Soggetti coinvolti:**

#### **livello regionale:**

Assessorato alla Sanità; DoRS; Federfarma; Associazione Panificatori; Rete Regionale dell'Adolescenza; Rete Regionale per l'Attività Fisica.

#### **livello locale:**

S.S.d.Uvos – S.S. Epidemiologia; RePES – Promozione della Salute; Servizi dell'ASL: SIAN, S.S Igiene e Nutrizione, Spresal; Medicina dello Sport, Centri di Salute Mentale, SerT, Consulitori Familiari, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Psicologia, SISP, Servizio Sociale, Distretto di Vercelli; Distretto della Valsesia; Comuni di Vercelli, Borgosesia, Varallo, Santhià e Gattinara; Associazioni di volontariato: Centro Servizi per il Volontariato, Diapsi, La via Francigena, Associazioni sportive.

### **Popolazione target:**

Popolazione adulta e ultra64enne,;popolazione in età scolare; neo genitori e bambini 0-3 anno di età.

### **Gruppo di lavoro**

**Raffaella Scaccioni** – RePES Aziendale, S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Antonella Barale** – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Gianfranco Abelli** – S.C. S.I.A.N.

**Onesimo Vicari** – S.C. S.I.S.P.

**Paola Gariboldi** – S.C. Ser.T.

**Donatella De Lillo** – S.C. Ser.T.

**Patrizia Colombari** – S.S.D. Psicologia

**Sabrina Costa** – S.C. SerT.

**Cristina Camana** – S.C. Ser.T.

**Silvia Ferraris** - S.C. Unità modulare Psichiatria.

**Germano Giordano** – S.S.D. Medicina dello Sport

**Claudia Taliano** - S.S. URP e Comunicazione

**Elisabetta Repetto** - S.S.v.D. Gestione Consulenti, S.S.D. Psicologia.

**Elena Uga** – S.C. Pediatria

**Alessandra Turchetti** – S.S.v.D Gestione Consulenti

**Nadia Giordano** - S.S.v.D. Gestione Consulenti

**Virginia Busolin** – Centro Salute Mentale.

**Luisa Novella** – S.C. S.I.A.N.

---

## **4. Obiettivo centrale (nazionale)**

Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT

Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche

### **Obiettivo specifico regionale**

- Aumentare la quota di fumatori accedono ad un percorso di disassuefazione
- Migliorare le condizioni nutrizionali nei soggetti che accedono a sportelli informativi ed ambulatori nutrizionali
- Promuovere l'adozione di uno stile di vita attivo in persone con patologie esercizio-sensibili

## Programmi:

### Guadagnare Salute Piemonte setting servizi sanitari

## Azioni 2014

### 4. Livello regionale

- Collaborazione con la rete Oncologica per i progetti di counselling sugli stili di vita dei malati e delle loro famiglie,
- Implementazione dell'utilizzo dell'esercizio fisico nel trattamento preventivo-terapeutico delle patologie esercizio-sensibili.
- Riattivazione coordinamento regionale sul fumo di tabacco
- Attivazione di un coordinamento per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico.
- Attivazione di un tavolo di coordinamento sugli interventi nutrizionali

### 4. Livello locale

- **Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare al fine di implementare l'utilizzo dell'esercizio fisico nel trattamento preventivo-terapeutico delle patologie esercizio-sensibili**

- Nel 2014 si intendono proseguire i contatti con le S.C. Reumatologia e recupero funzionale, Diabetologia, Cardiologia, Pneumologia e Medicina dello sport per individuare alleanze e definire collaborazioni con il gruppo aziendale per la promozione dell'attività fisica al fine di proporre Walking Program specifici ai pazienti con patologie esercizio-sensibili.

- Prosecuzione dell'attività di gruppo di cammino organizzata dai quattro Centri di Salute mentale dell'ASL, Vercelli, Gattinara, Santhià e Borgosesia, rivolti a pazienti psichiatrici e condotti da personale ASL formato, infermieri ed educatori professionali.

- Gruppo di cammino per pazienti alcolisti organizzata dagli educatori del SerT formati come conduttori.

- **Attivazione interventi di counseling motivazionale**

- organizzazione e realizzazione del corso "Comunicazione professionale e counselling motivazionale in ambito sanitario" rivolto agli operatori sanitari al fine di aumentare la capacità di dare consigli per i corretti stili di vita nella propria pratica professionale. Il corso si svolgerà in due edizioni, una per ogni Distretto. L'evento formativo, curato da docenti interni all'ASL VC, è organizzato in modo da essere ripetibile anche nei prossimi anni in modo da raggiungere un maggior numero di operatori.

- organizzazione e realizzazione di un corso sul counselling breve motivazionale rivolto ai MMG al fine di aumentare la capacità di sostenere brevi colloqui motivazionali sul cambiamento dello stile di vita nei propri pazienti. Il corso sarà a cura della S.C. Psicologia e di un MMG formatore.

- **Implementazione dei percorsi sul tabagismo e/o per altri soggetti a rischio**

**- Sensibilizzazione al tema della disassuefazione da fumo di sigaretta in ambito sanitario**

- Adesione al Progetto del Centro Prevenzione Oncologica Piemonte "In rete per ambienti sanitari liberi dal fumo", che ha l'obiettivo di promuovere la cultura della disassuefazione presso gli operatori sanitari, attraverso la partecipazione agli incontri del Gruppo di progetto a Torino, la partecipazione alla formazione proposta, la condivisione di iniziative locali con il gruppo di progetto e la loro pubblicazione sul sito del CPO.

- Organizzazione di un'iniziativa di OPEN DAY dei Centri Trattamento Tabagismo rivolta agli operatori sanitari in occasione della Giornata Mondiale sul Fumo, su entrambe le sedi, Vercelli e Borgosesia, con accesso libero e senza pagamento ticket.

- Analisi del Report 2013 degli esiti dei questionari di indagine sull'atteggiamento sul fumo somministrati agli Operatori Asl da parte di un sottogruppo del Gruppo Fumo (RePES. Medico Competente ed Epidemiologa). Si prevede di programmare azioni mirate su gruppi specifici di operatori sanitari.

- Definizione di messaggi volti alla disassuefazione dal fumo rivolti alla popolazione da riportare sui monitor presenti negli ambienti interni dell'Ospedale Sant'Andrea di Vercelli e San Pietro Borgosesia.

- Avvio della collaborazione tra Promozione salute e Medico Competente che raccoglierà sistematicamente, attraverso l'uso di un database creato ad hoc, informazioni sulle abitudini sul fumo e sull'attività fisica dei dipendenti ASL sottoposti a visita medica periodica; l'azione ha l'obiettivo di monitorare i comportamenti e di motivare gli operatori a stili di vita sani.

**- Implementazione di accessi al percorso di disassuefazione presso le sedi del Centro Trattamento Tabagismo.**

- Deliberazione del nuovo Gruppo di Progetto con l'integrazione del Medico Competente, del Direttore del SPP, del Responsabile dell'URP, del Direttore della S.S.d. UVOS, e dell'Epidemiologa. Inoltre si prevede di formalizzare la costituzione di sottogruppi di progetto con differenti finalità: gruppo ristretto di regia; gruppo di coordinamento allargato; gruppo azioni Operatori ASL, gruppo CTT.

- Incontri periodici del gruppo di progetto al fine di coordinare le azioni dirette alla disassuefazione dal fumo e le azioni di sensibilizzazione e prevenzione dirette alla popolazione generale, a gruppi specifici e agli operatori sanitari.

- Integrazione del Medico del SerT nel percorso trattamentale proposto dai CTT al fine di favorire il trattamento farmacologico specifico per il tabagismo.

**● Nutrizione: interventi di prevenzione in soggetti a rischio.**

- Nel 2014 proseguono gli interventi e i programmi di prevenzione indirizzati a soggetti a rischio (sportelli nutrizionali, ambulatori di counselling individuali/di gruppo, percorsi integrati, ecc.).

**Soggetti coinvolti:**

**livello regionale**

Assessorato alla Sanità; DoRS; Rete Oncologica; Reti specialistiche; RAP

**livello locale**

Pazienti; RePES – Promozione della Salute; S.S.v.UVOS – S.S. Epidemiologia; Servizi specialistici: Psicologia, Medicina dello Sport, Servizi specialistici per patologie esercizio-sensibili (Diabetologia, Cardiologia, Oncologia, Psichiatria, Centri Trapianto, Dietologia ecc.); Dipartimenti di prevenzione, Sian; Servizi specialistici per la disassuefazione tabagica (CTT, Pneumologia, SerT, ecc.); Centri di Salute Mentale; Medico Competente; Servizio di Protezione e Prevenzione,

Ufficio Relazioni con il Pubblico; Distretto di Vercelli; Distretto della Valsesia; Associazioni di Malati; Famiglie; Associazioni sportive

**Popolazione target:**

Soggetti a rischio/con patologia

**Gruppo di lavoro**

**Raffaella Scaccioni** – RePES Aziendale, S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Antonella Barale** – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Gianfranco Abelli** – S.C. S.I.A.N.

**Paola Gariboldi** – S.C. Ser.T.

**Vittorio Petrino** – Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia

**Giovanni Cotevino** – S.S.D. Medico Competente

**Patrizia Colombari** – S.S.D. Psicologia

**Sabrina Costa** – S.C. SerT.

**Cristina Camana** – S.C. Ser.T.

**Maria Esposito** – S.C. Malattie Infettive

**Silvia Ferraris** - S.C. Unità modulare Psichiatria.

**Germano Giordano** – S.S.D. Medicina dello Sport

**Claudia Taliano** - S.S. URP e Comunicazione

**Luisa Novella** – S.C. Sian.

## 2.2. Screening oncologici

### Razionale e modello logico, strategie

Per gli screening per i carcinomi della mammella, della cervice uterina e del colon retto vi sono prove scientifiche di efficacia rispetto alla diminuzione della mortalità causa-specifica. 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. La Commissione Europea ha inoltre pubblicato linee guida per ciascuno dei tre screening, 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 DGR 111/2006 e successive.

Il Piemonte attua programmi organizzati per la diagnosi precoce dei tumori e/o delle lesioni pretumorali per i tumori per i quali c'è evidenza di efficacia degli interventi di popolazione e questi screening (cervice uterina, mammella, colon retto sono stati inseriti nei LEA (DPCM 29/11/2001)); tali interventi prevedono un invito attivo periodico della popolazione destinataria e un controllo di tutte le fasi del processo diagnostico e di cura che segue l'esecuzione del test di screening. Si basano quindi sull'organizzazione di "percorsi" e sulla integrazione delle risorse disponibili sul territorio. Alla luce delle evidenze scientifiche ulteriormente prodotte a livello sia nazionale che internazionale sono identificabili due ulteriori strategie. La prima è pertinente ad un migliore utilizzo delle risorse disponibili e riguarda la reingegnerizzazione della prevenzione individuale spontanea promuovendo il ri-orientamento delle persone verso i programmi di screening: tale strategia è basata sulla evidenza che la prevenzione individuale si dimostra mediamente meno efficace e più costosa che non la prevenzione di popolazione mediante i programmi di screening. 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 costo-efficace che non quello che utilizza il pap-test come test primario; esso comporta alcune importanti modifiche, tra le quali rientrano quelle sia di tipo organizzativo (per es. centralizzazione dei laboratori di riferimento) sia della tempistica del round sia della comunicazione. Le evidenze scientifiche a supporto di questo modello sono state riassunte nel "Documento di indirizzo sull'utilizzo del test HPV\_DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero" prodotto nell'ambito delle azioni centrali del PNP 2010\_12 e trasmesso alle Regioni.

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.

## Quadro logico regionale

### Obiettivo centrale (nazionale)

1. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)
2. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico
3. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA
4. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella

### Obiettivo specifico regionale

1. Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico, con riconoscimento dei casi di malattia con elevata sensibilità e con elevata copertura di popolazione. Effettuazione dell'attività di diagnosi precoce da parte del SSR all'interno dei programmi validati e controllati (in Piemonte "Programma Prevenzione Serena").
- Mantenimento dell'attenzione alla riduzione dell'uso inappropriato delle risorse diagnostiche
  - 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
  - Stabilire l'opportunità e la fattibilità del perseguimento di tale obiettivo

### Programmi

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

Di riflesso, miglioramento degli standard di qualità della terapia oncologica per queste sedi tumorali anche per i casi diagnosticati al di fuori dei programmi di screening. Perché la misura degli indicatori di processo sia efficace nel miglioramento della qualità è necessario che i risultati siano 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, il monitoraggio, la restituzione dei risultati agli attori del progetto e la definizione delle azioni correttive da intraprendere saranno discussi nelle riunioni mensili del comitato di coordinamento regionale degli screening, comprendente i coordinatori e i direttori dei DIDP e i rappresentanti della Regione Piemonte. 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.

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

Gli indicatori di processo che misurano gli obiettivi di cui sopra sono pubblicati ogni anno dall'Osservatorio Nazionale Screening ([www.osservatorionazionale screening.it](http://www.osservatorionazionale screening.it)). I dati per la Regione Piemonte sono raccolti e analizzati dal CPO periodicamente o in studi ad hoc. Alcuni dati (frequenza di esami ambulatoriali) sono invece forniti dal CSI. L'attuazione della riconversione comprende incontri di formazione continua e di aggiornamento in ciascun Dipartimento con i medici di medicina generale e gli specialisti e 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, comprendente i coordinatori e i direttori dei DIDP e i rappresentanti

della Regione Piemonte, e dei workshop annuali, uno per ciascun programma di screening, ai quali sono invitati tutti gli operatori.

- **Programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA** nel corso del 2014 vengono introdotti gradualmente sul territorio regionale e nell'arco di 5 anni sostituirà completamente lo screening citologico per le donne dai 30 ai 64 anni d'età.
- **Ricognizione di quanto prodotto negli anni scorsi dalla commissione regionale sul rischio genetico**

## Azioni 2014

### Livello regionale

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

- screening mammografico, donne 45-75 anni: totale 933.370 (dati 31 dicembre 2012). Il protocollo prevede l'invito attivo biennale tra 50 e 69 anni a 590.306 donne (e l'invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione) e l'adesione spontanea tra 45 e 49 e tra 70 e 75;
- screening per il carcinoma cervicovaginale, donne 25-64 anni (invito attivo triennale): 1.204.810;
- test HPV-DNA donne 30-64 anni (invito attivo random del 40% del target, con progressiva estensione per giungere al 100% del target in 3 anni);
- screening sigmoidoscopico per il carcinoma colo rettale, donne e uomini a compimento del 58° anno: 50.500 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 FOBT (sangue occulto nelle feci) per il carcinoma colo rettale, donne e uomini di 59-69 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 sta progressivamente esaurendo nell'arco di 10 anni.

L'esaurimento si verificherà 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.

I Centri di Riferimento Regionali, recentemente confermati o costituiti con determina regionale, concorreranno alle attività di controllo di qualità e di formazione.

### Livello locale

L'ASL "VC" opera in ottemperanza alla DGR n. 111-3632 del 02.08.2006 e alla successiva Circolare n. 6368 del 22.02.1010, in tema di prestazioni finalizzate alla prevenzione dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto nell'ambito del "Programma Regionale di screening", denominato "*Prevenzione Serena*". L'ASL "VC" insieme all'ASL "BI" costituisce il Dipartimento interaziendale di prevenzione secondaria dei tumori n. 5, la cui direzione ha sede a Biella mentre la struttura organizzativa SSvD UVOS ha sede a Vercelli.

Nelle ASL di Vercelli e Biella i programmi di screening sono stati attivati in tempi diversi: lo screening cervicale è attivo a partire dall'anno 2000, lo screening mammografico dal 2003 e lo screening per il tumore del colon-retto dal 2005.

L'ASL "VC" e l'ASL "BI", secondo quanto previsto dalla DGR 111-3632 del 2.8.2006, hanno consolidato le modalità di erogazione dei test di screening in particolare mammografico e

citologico attraverso un progetto di riorganizzazione finalizzato al superamento della inappropriata prescrivibilità ed alla riconduzione di tutti gli esami preventivi che vengono erogati attraverso i canali della clinica ambulatoriale, nei percorsi dello screening organizzato, con i criteri e la periodicità previsti.

In merito al programma dello screening cervico-vaginale, la DGR 21-5705 del 23/4/2013 prevede il passaggio al test HPV nell'intera Regione entro 5 anni. La stessa prevede intervalli quinquennali per le donne negative al test HPV.

Il test HPV è rivolto a:

- donne di età 30-64 anni (mentre dai 25-29 continua il test di papanicolau ) con intervalli di 5 anni per le donne con test di screening negativo,
- in caso di test HPV positivo sarà svolto il Triage citologico preparato dallo stesso prelievo senza richiamo,
- quelle con citologia anormale vengono inviate in colposcopia,
- quelle con citologia normale ripetono test HPV a un anno.

L'applicazione della normativa per l'introduzione del test HPV nel Dipartimento 5 partirà nel mese di Novembre 2014.

Nei mesi di Settembre–Ottobre 2014 verrà effettuata la formazione al personale ostetrico, medico, biologo e amministrativo presso il CPO.

Si prevede inoltre di effettuare un corso di Formazione ECM per i MMG.

La riorganizzazione delle modalità di erogazione dei tre test di screening effettuata nel 2013 consentirà l'estensione capillare dei programmi su tutto il territorio del Dipartimento n. 5.

**Per l'anno 2014 la popolazione del Dipartimento n° 5 è così suddivisa:**

- screening mammografico, donne 45-75 anni: totale 45.331

il protocollo prevede l'invito attivo biennale tra 50 e 69 anni, pari a complessivamente 24.136 donne (è previsto anche l'invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione) e l'adesione spontanea tra 45 e 49 e tra 70 e 75, pari a complessivamente 21.195 donne;

- screening per il carcinoma cervicovaginale, donne 25-64 anni (invito attivo triennale): 31.206 donne
- screening sigmoidoscopico per il carcinoma colo rettale, donne e uomini a compimento del 58° anno: per un totale di n. 4.657 soggetti
- screening FOBT (sangue occulto nelle feci) per il carcinoma colo rettale, donne e uomini di 59-69 non invitati nel programma con sigmoidoscopia fino ad esaurimento della coorte in ciascun dipartimento n. 12.542 soggetti (invito attivo ogni due anni )

Nel Dipartimento n. 5, l'erogazione delle prestazioni, secondo i protocolli previsti per i programmi istituzionali di screening dei tumori della cervice uterina e della mammella, e del colon retto, avviene attraverso strutture fisse e mobili di 1° livello, centri di refertazione e centri di 2° livello.

Il personale in parte è dipendente delle AA.SS.LL. ed in parte dipendente del Fondo Edo ed Elvo Tempia e della IM3D la cui collaborazione è formalizzata con la stipula di convenzioni.

A seguire una sintesi delle principali azioni e attività che verranno effettuate nell'ASL VC e nell'ASL "BI" nell'ambito del Dipartimento Interaziendale di prevenzione secondaria dei tumori n. 5 suddivise nei tre screening.

## **1. PROGRAMMA MX**

### **ASL "VC":**

Screening mammografico, donne 45-75 anni: totale 22.553

Il protocollo prevede l'invito attivo biennale tra 50 e 69 anni, pari a complessivamente 12.005



donne (è previsto anche l'invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione) e l'adesione spontanea tra 45 e 49 e tra 70 e 75, pari a complessivamente 10.548 donne.

Per quest'anno si ritiene di poter invitare la quasi totalità delle donne tra i 50 e i 69 anni (12.005) e inviare la lettera informativa a tutte le donne di 45 aa (1.390).

Tutte le mammografie saranno eseguite, con modalità digitale, nella sede fissa dell'Ospedale di Vercelli, dove continua il progetto Proteus e nelle sedi fisse del P.O. di Borgosesia e nei Presidi Polifunzionali di Gattinara e Santhià. Questa attività viene svolta da Tecnici di radiologia dipendenti dal Fondo Edo ed Elvo Tempia e della IM3D.

La SSvD UVOS, in base alla popolazione invitabile per zona statistica, organizza le agende e le procedure d'invito.

Tutta la lettura, in doppio, è centralizzata presso la SC Radiologia di VC ed è eseguita da due Radiologi dipendenti dal Fondo Edo ed Elvo Tempia e della IM3D.

La SSvD UVOS contribuisce all'archiviazione delle mammografie e relativa documentazione cartacea e al rilascio di copie dei CD.

L'invito al 2° livello, presso la sede di Vercelli, viene effettuato telefonicamente da personale dipendente SSD UVOS.

Le sedute, settimanali, sono dedicate e vedono la presenza contemporanea del radiologo, del patologo e del chirurgo.

L'SSD UVOS contribuisce alla tenuta dell'archivio, effettua le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti, dove indicati, ed invia informazioni sull'iter da seguire all'interessata ed al suo medico, nel caso di mancata adesione.

### **ASL "BI":**

Screening mammografico, donne 45-75 anni: totale 22.778

Il protocollo prevede l'invito attivo biennale tra 50 e 69 anni, pari a complessivamente 12.131 donne (è previsto anche l'invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione) e l'adesione spontanea tra 45 e 49 e tra 70 e 75, pari a complessivamente 10.647 donne;

Per quest'anno si ritiene di poter invitare la quasi totalità delle donne tra i 50 e i 69 anni (12.131) e inviare la lettera informativa a tutte le donne di 45 aa (1.311).

Le mammografie saranno eseguite nella sede fissa del Fondo Edo ed Elvo Tempia, dove continua il progetto Proteus con modalità digitale, e nelle sedi mobili, con modalità analogica, ubicate presso il Distretto Sanitario di Cossato, Sagliano Micca, Valle Mosso. Questa attività viene svolta da Tecnici di radiologia dipendenti dal Fondo Edo ed Elvo Tempia e della IM3D.

La SSvD UVOS, in base alla popolazione invitabile per zona statistica, organizza le agende e le procedure d'invito.

Tutta la lettura, in doppio, è centralizzata presso la SC Radiologia di Biella ed è eseguita dai Radiologi dipendenti dell'ASL BI, anche l'archiviazione delle mammografie e della relativa documentazione cartacea e il rilascio di copie delle lastre o dei CD viene effettuata da personale della SC Radiologia.

L'invito al 2° livello, presso la sede di Biella, viene effettuato telefonicamente da personale dipendente della SC Radiologia. Le sedute, settimanali, sono dedicate e vedono la presenza in sequenza del radiologo, dell'anatomo patologo e del chirurgo. Sempre la SC Radiologia contribuisce alla tenuta dell'archivio, effettua le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti, dove indicati, ed invia informazioni sull'iter da seguire all'interessata.

L'UVOS, nel caso di mancata adesione, invia una lettera informativa al medico di famiglia dell'interessata.

## **2. PROGRAMMA CERVICO VAGINALE**

### **ASL "VC":**

Screening per il carcinoma cervicovaginale, donne 25-64 anni (invito attivo triennale): n. 15.665

Anche per questo screening l'attività di prelievo dall'inizio dell'anno è effettuato nelle sedi fisse dell'ASL VC.

La SSvD UVOS, in base alla popolazione invitabile per zona statistica organizza le agende e le procedure d'invito. Il personale ostetrico è in parte dipendente dall'ASL ed in parte dipendente dal Fondo Edo Tempia.

Presso l' Anatomia Patologica dell'Ospedale di Vercelli vi è l'unico centro di lettura per tutta l'ASL che si avvale del supporto di un citotettore dipendente dal Fondo Edo Tempia.

La SSvD UVOS cura, presso la propria sede, l'archivio cartaceo e l'inserimento nell'applicativo di parte dei referti.

Il secondo livello viene effettuato presso le due sedi di Vercelli e Borgosesia negli ambulatori di colposcopia delle due SC di Ginecologia.

La SSvD UVOS organizza le agende e le procedure d'invito sia tramite applicativo che telefonicamente per garantire la completa saturazione delle agende e la corretta modulazione tra il 2° livello e raccomandazioni conclusive. Inserisce i dati prodotti su cartaceo dai due centri, nell'applicativo CSI. Detiene e gestisce presso la propria sede, tutto l'archivio cartaceo. Effettua le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti dove indicati ed invia informazioni sull'iter da seguire, all'interessata ed al suo medico, nel caso di mancata adesione.

Le sedute settimanali dei due centri di 2° livello sono interamente dedicate all'attività di screening. Il personale coinvolto è dipendente dell'ASL.

#### **ASL "BI":**

Screening per il carcinoma cervicovaginale, donne 25-64 anni (invito attivo triennale): n. 15.541

Anche per questo screening l'attività di prelievo dall'inizio dell'anno è effettuato nelle sedi mobili dell'ASL "BI".

La SSvD UVOS, in base alla popolazione invitabile per zona statistica organizza le agende e le procedure d'invito. Il personale ostetrico è dipendente dal Fondo Edo Tempia.

Presso l' Anatomia Patologica dell'Ospedale di Biella vi è l'unico centro di lettura per tutta l'ASL che si avvale del supporto di un citotettore dipendente dal Fondo Edo Tempia che cura anche l'inserimento nell'applicativo dei referti.

L'archivio cartaceo di tutto lo screening cervico vaginale è tenuto dalla SC Ginecologia.

Il secondo livello viene effettuato presso l' ambulatorio di colposcopia della SC di Ginecologia dell'Ospedale di Biella, che effettua anche le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti, dove indicati ,ed invia informazioni sull'iter da seguire all'interessata .

La SSvD UVOS organizza le agende e le procedure d'invito sia tramite applicativo che telefonicamente per garantire la completa saturazione delle agende e la corretta modulazione tra il 2° livello e raccomandazioni conclusive.

Nel caso di mancata adesione, invia una lettera informativa al medico di famiglia dell'interessata.

Il personale coinvolto è dipendente dell'ASL e del Fondo Edo ed Elvo Tempia.

### **3. PROGRAMMA COLON RETTALE:**

#### **SIGMOIDOSCOPIA**

#### **ASL VC:**

Screening sigmoidoscopico per il carcinoma colo rettale, donne e uomini a compimento del 58° anno: per un totale di n. 2.250

L'attività verrà espletata, come per gli anni precedenti, presso le due sedi fisse di

Gastroenterologia dell'Ospedale Riunito Vercelli-Borgosesia .Le procedure d'invito sono gestite dall'UVOS sulla disponibilità di agenda dell'Endoscopia. Per questo test ci si avvale della collaborazione delle farmacie territoriali progetto "Farmacia Amica" per la distribuzione del materiale per la preparazione ed informativo.

Le sedute settimanali, interamente dedicate sono effettuate dal personale dipendente dell'ASL.

Qualora durante l'esecuzione della SF si abbia l'indicazione alla colonscopia (CT), la persona interessata viene indirizzata all'UVOS per ritirare la preparazione e confermare l'appuntamento in agenda.

L'UVOS inoltre inserisce i referti cartacei nell'applicativo del CSI. Effettua le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti dove indicati ed invia informazioni sull'iter da seguire, all'interessata ed al suo medico, nel caso di mancata adesione.

Le sedute di 2° livello sono interamente dedicate a ll'attività di screening. Anche qui il personale coinvolto è dipendente dell'ASL.

Il protocollo dello screening prevede che alle persone che non aderiscono all'invito alla sigmoidoscopia venga offerta la possibilità di optare per lo screening con il FOBT (sangue occulto nelle feci), nel caso accettino vengono inserite nel programma come "scambisti".

### **ASL "BI"**

Screening sigmoidoscopico per il carcinoma colo rettale, donne e uomini a compimento del 58° anno: per un totale di n. 2.407

La SSvD UVOS effettua le procedure d'invito e si avvale della collaborazione del Fondo Edo Tempia di Biella, del distretto di Cossato, e dei Poliambulatori di Mongrando Vallemosso, Trivero, Andorno e Cavaglia sia del materiale per la preparazione che di quello informativo .

Qualora durante l'esecuzione della SF si abbia l'indicazione alla colonscopia (CT), la persona interessata viene indirizzata al Personale infermieristico del Fondo Tempia facente parte dell'UVOS per ritirare la preparazione e confermare l'appuntamento in agenda.

Sempre il personale dell'UVOS effettua le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti dove indicati ed invia informazioni sull'iter da seguire, all'interessato ed al suo medico, nel caso di mancata adesione. Le sedute di 2° livello si svolgono presso la SC di Gastroenterologia di Biella. Il personale medico coinvolto è dipendente dell'ASL , mentre quello infermieristico dipende dal FEET.

Il protocollo dello screening prevede che alle persone che non aderiscono all'invito alla sigmoidoscopia venga offerta la possibilità di optare per lo screening con il FOBT (sangue occulto nelle feci), nel caso accettino vengono inserite nel programma come "scambisti".

### **FOBT**

#### **ASL VC**

Screening FOBT (sangue occulto nelle feci -invito attivo biennale) per il carcinoma colo rettale, donne e uomini di 59-69 non invitati nel programma con sigmoidoscopia (fino ad esaurimento della coorte in ciascun dipartimento) più gli "scambisti" per un totale di n. 7.438

La SSvD UVOS effettua le procedure d'invito, si avvale della collaborazione delle farmacie territoriali per la distribuzione del materiale informativo e della provetta per la raccolta del campione, organizza il ritiro quotidiano dei campioni dai punti di raccolta periferici all'Ospedale di VC per la loro conservazione in frigorifero e l'invio settimanale al Centro di lettura.

L'invito al 2° livello per l'effettuazione della colonscopia in caso di FOBT positivo viene effettuato telefonicamente da personale della SSvD UVOS che conferma gli appuntamenti in agenda. Fornisce inoltre il materiale per la preparazione e tutte le informazioni necessarie, inserisce i referti cartacei nell'applicativo del CSI. Effettua le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti dove indicati ed invia informazioni sull'iter da seguire, all'interessato ed al suo medico, nel caso di mancata adesione. Le sedute di 2° livello ( CT ) che

si svolgono presso la SC di Gastroenterologia di Vercelli e la SS di Borgosesia sono interamente dedicate all'attività di screening. Il personale coinvolto è dipendente dell'ASL "VC".

### **ASL "BI"**

Screening FOBT (sangue occulto nelle feci -invito attivo biennale) per il carcinoma colo rettale, donne e uomini di 59-69 non invitati nel programma con sigmoidoscopia (fino ad esaurimento della coorte in ciascun dipartimento)più gli "scambisti" per un totale di n. 5.104.

La SSvD UVOS effettua le procedure d'invito, si avvale della collaborazione delle farmacie territoriali per la distribuzione del materiale informativo e della provetta per la raccolta del campione per le sedi territoriali mentre per il Distretto di Biella lo si può ritirare presso la sede del Fondo Tempia, organizza il ritiro quotidiano dei campioni dai punti di raccolta periferici per la loro conservazione in frigorifero presso la Fondazione Edo ed Elvo Tempia e l'invio settimanale al Centro di lettura.

L'invito al 2° livello per l'effettuazione della colonoscopia in caso di FOBT positivo viene effettuato telefonicamente da personale della SSvD UVOS che conferma gli appuntamenti in agenda. Fornisce inoltre il materiale per la preparazione e tutte le informazioni necessarie.

Effettua le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti dove indicati ed invia informazioni sull'iter da seguire, all'interessato ed al suo medico, nel caso di mancata adesione. Le sedute di 2° livello si svolgono presso la SC di Gastroenterologia di Biella. Il personale medico coinvolto è dipendente dell'ASL , mentre quello infermieristico dipende dal FEET.

## **Soggetti Servizi attuatori**

### **livello regionale**

Coordinamento regionale screening; CPO; CRR; CSI

### **livello locale**

Strutture Ospedaliere di Radiologia, Anatomia Patologica, Ginecologia, Gastroenterologia, Chirurgia, Unità di prelievo / Consultori; Distretti; MMG; CUP; Direzione Medica di Presidio; CED; Comuni; Farmacie territoriali; Fondazioni e/o Associazioni senza fini di lucro: Fondazione Edo ed Elvo Tempia di Biella; IM3D Clinic Center

## **Gruppo di lavoro ASL "VC"**

<b>Franco Piunti</b>	Direttore Dipartimento Interaziendale dei Tumori n.5
<b>Fiorella Germinetti</b>	S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione
<b>Emanuela Pastorelli</b>	S.C. Direzione Medica di Presidio
<b>Paola Migliora</b>	S.C. Anatomia e Istologia Patologica
<b>Silvia Uffredi</b>	S.C. Radiodiagnostica
<b>Silvio Testa</b>	S.C. Chirurgia
<b>Nicoletta Vendola</b>	S.C. Ginecologia ed ostetricia Vercelli
<b>Enrico Neurone</b>	S.C. Ginecologia ed ostetricia Borgosesia
<b>Marcello Rodi</b>	S.C. Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Vercelli
<b>Ferruccio Rossi</b>	S.S. Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Borgosesia
<b>Massimiliano Panella</b>	Distretto Vercelli
<b>Gennarina Rista</b>	Distretto Valsesia
<b>Elisabetta Repetto</b>	S.S.D. Gestione Consultori

### **Gruppo di lavoro ASL " BI"**

<b>Franco Piunti</b>	Direttore Dipartimento Interaziendale dei Tumori n.5
<b>Fiorella Germinetti</b>	S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione
<b>Nadia Agostino</b>	S.O. C. Assistenza Sanitaria Integrata
<b>Angelo Penna</b>	S.O. C. Direzione Medica di Presidio
<b>Mauro Giudici</b>	S.O. C. Anatomia e Istologia Patologica
<b>Stefano De Bernardi</b>	S.O. C. Radiodiagnostica
<b>Roberto Jura</b>	S.O.C. Ginecologia ed ostetricia
<b>Roberto Polastri</b>	S.O.C. Chirurgia
<b>Alberto Azioni</b>	S.O.C. Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
<b>Franco Ferrero</b>	S.S. Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
<b>Michele Sartore</b>	Distretto Biella

---

## **2.3. Gestione integrata del diabete nell'ambito del PDTA regionale diabete mellito**

### **Razionale e modello logico, strategie**

L'impatto del diabete sulla salute della popolazione e sulle risorse sanitarie è rilevante. I dati più recenti dell'Osservatorio SID-ARNO Diabete, che copre 11 milioni di abitanti in Italia, indicano un progressivo incremento della prevalenza del diabete, che ha ora raggiunto il valore 6,2%, con stime pari all'8-10% nel 2025. I dati, basati sul linkage di dati amministrativi con elevata completezza, indicano come il 18% circa dei pazienti siano in dieta, una proporzione più elevata rispetto a rilevazioni italiane degli anni '80, ad indicare una anticipazione diagnostica, favorita dall'abbassamento dei criteri diagnostici recepito in Italia nel 2001. Da sottolineare come il 17% delle persone di età superiore a 65% sia affetto da diabete, oltre il 20% dopo gli 80 anni. La malattia è in aumento soprattutto nei maschi, a denotare forse una minor attenzione ai fattori di rischio della malattia (obesità, sedentarietà). Le maggiori risorse economiche per la cura del diabete sono concentrate nella fascia di età oltre i 65 anni. L'eccesso di costo rispetto ai non diabetici è invece particolarmente rilevante nelle età più giovani, e questo rappresenta il sottogruppo di maggior rilievo per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce di malattia.

La politerapia complessa è il tratto saliente della cura del diabete e delle morbidità associate. Una quota rilevante della spesa farmaceutica è spiegata dal trattamento delle condizioni associate. Tuttavia, la quota principale delle risorse utilizzate per la cura del diabete è assorbita dai ricoveri ospedalieri e dalla cura delle complicanze. Gli studi epidemiologici hanno mostrato come il raggiungimento di ottimali valori di emoglobina glicata (HbA1c) sin dal momento della diagnosi nonché il loro mantenimento nel tempo siano in grado di ridurre le complicanze, con una riduzione del 21% per ogni riduzione di 1% del valore di HbA1c, nonché una riduzione del 14% del rischio di morte. In una ottica di prevenzione e contenimento dei costi, è strategico ottenere una riduzione pari a 0,5% dei valori di HbA1c in quella ampia fascia della popolazione con valori di HbA1c moderatamente elevati (5,5-7%) nonché una riduzione più rilevante nei diabetici non adeguatamente trattati. È pertanto indispensabile l'adozione di programmi di collaborazione con i medici di medicina generale (MMG) al fine di anticipare l'età di diagnosi della malattia che, secondo stime internazionali, avviene con un ritardo medio di circa 7 anni rispetto all'esordio. In questa fase, tuttavia, il rischio cardiovascolare è già due volte superiore a quello della popolazione non diabetica. Nell'ambito delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), il diabete ha quindi un impatto di primo piano non solo in termini di impatto sulla salute pubblica ma anche sui costi correlati.

Il Piano Nazionale Diabete, recepito dalla Regione Piemonte nell'ambito del Protocollo Operativo, ha identificato tra le linee prioritarie di intervento, la diagnosi precoce e l'adeguata gestione della patologia da parte del paziente, del Medico di Medicina Generale e del team diabetologico, nell'ambito della Gestione Integrata. Tale modello, definito nell'ambito del progetto IGEA dell'Istituto Superiore di Sanità, vede nell'integrazione tra medicina di territorio e servizi specialistici ambulatoriali ed ospedalieri, il modello di assistenza diabetologica da estendere in Italia.

### **Quadro logico**

#### **Obiettivo centrale (nazionale)**

Identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari

## Obiettivo specifico regionale

Identificazione precoce dei pazienti con diabete misconosciuto afferenti ai MMG e inserimento in Gestione Integrata.

Riduzione dei ricoveri per complicanze acute del diabete (cheto acidosi, ipoglicemia).

Riduzione delle complicanze micro e macroangiopatiche dei pazienti diabetici (infarto, ictus, retinopatia laser-trattata, amputazione arti inferiori, dialisi).

## Programmi

- **Implementazione del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete (GID).**
- **Integrazione di dati dei flussi informativi della Regione Piemonte.**
- **Produzione reports su epidemiologia e costi del diabete in Piemonte.**
- **Attivazione rete diabetologica tramite la conoscenza dei bisogni della popolazione diabetica, indicatori di qualità della cura, costi diretti.**

## Azioni 2014

### 1. Livello regionale

- **Implementazione del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete.**
  - Analisi preliminare dati registrati presso il portale per la Gestione Integrata nella fase pilota. Impostazione programma di miglioramento accuratezza dati registrati da parte dei MMG.
  - Monitoraggio degli indicatori di processo e di esito dei MMG aderenti alla gestione integrata.
  - Monitoraggio nel tempo della frequenza di pazienti con nuova diagnosi di diabete (casi incidenti) identificati dai MMG, indicatore proxy di diagnosi precoce della malattia (prevenzione secondaria, approccio individuale).
  - Valutazione dell'appropriatezza della gestione integrata, della frequenza dell'ospedalizzazione per complicanze acute nei diabetici in gestione integrata vs. diabetici in gestione standard.
  - Programma sperimentale di integrazione ospedale territorio in due aree territoriali (Asti e Novara), al fine di identificare criticità e soluzioni operative.
  - Estensione del programma PDTA-diabete alle rimanenti aree regionali al fine di definire in modo condiviso con gli operatori e le associazioni dei pazienti le modalità organizzative e operative idonee all'erogazione delle prestazioni di cui al PDTA-DM da parte della rete regionale dei servizi di diabetologia.

### Livello locale

#### 2. Integrazione di dati dei flussi informativi della Regione Piemonte.

- **Completamento informatizzazione dei MMG aderenti alla GID e utilizzo di una piattaforma comune con i servizi di diabetologia di ASL e di AO al fine di creare un network atto a favorire l'audit degli indicatori di processo e di esito dell'attività diabetologica erogata dalle singole strutture diabetologiche regionali.**

L'informatizzazione dei MMG e la realizzazione della GID rappresentano una grossa criticità, nei primi mesi del 2014 sono intervenute indicazioni regionali per la realizzazione di un Progetto che

persegue tra l'altro questi obiettivi rispondendo alla programmazione richiesta dal PLP è che è di seguito descritto.

Il passaggio a regime della GID nella Regione Piemonte comporta la progressiva informatizzazione dei MMG aderenti alla GID. Il completamento dell'informatizzazione dei MMG aderenti alla GID con l'utilizzo di una piattaforma comune con i servizi di diabetologia di ASL e ASO rappresenta ancora una criticità comune a molte ASL.

Con la DD n.270 dell'8.4.2014 la Regione Piemonte ha determinato di procedere all'implementazione della fase sperimentale per l'attuazione del PDTA-DM, in funzione dei risultati previsti nei programmi operativi 2013-2015, Programma 13, Azione 13.2.3, individuando l'AIC 3 (ASL Novara, ASL VCO, ASL Vercelli, ASL Biella, AOU Ospedale Maggiore) fra le aree territoriali, nelle quali avviare un processo di progettazione interaziendale preordinato alla cooperazione ed al coordinamento sulle funzioni e sul percorso e finalizzato a formulare un disegno di rete clinica entro i confini dell'area sovrazonale.

La D.G.R. n. 61-13646 del 2 marzo 2010 ha definito una prima traccia del **Percorso assistenziale appropriato per i pazienti affetti da diabete mellito (PDTA-DM) – ALL. 1**, aggiornando il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, al fine di fornire una risposta ai bisogni di salute delle persone con tale patologia cronica (o a rischio) che necessitano nell'ambito della valutazione specialistica di risposte coordinate ed articolate in diversi livelli di complessità.

Con DD 270 dell'8 aprile 2014 'Adempimenti attuativi DGR n. 25-6992 del 30/12/2013 "Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15 c. 20 del DL 95/2012 convertito con modificazioni in L. n. 135/2012". Programma 13 "Reti assistenziali per intensità di cura"; Azione 13.2.3 "PDTA Ambulatoriale Diabete Mellito". Progettazione interaziendale per l'avvio del PDTA-DM e sperimentazione regionale modelli di rete'. la Regione ha individuato l'AIC 3 (ASL Novara, ASL VCO, ASL Vercelli, ASL Biella, AOU Ospedale Maggiore Novara) quale realtà territoriale nella quale avviare un processo di progettazione interaziendale preordinato alla cooperazione ed al coordinamento sulle funzioni e sul percorso e finalizzato a formulare un disegno di rete clinica integrata entro i confini dell'area sovrazonale.

In particolare è stato conferito mandato alla Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie succitate di:

- Attivare un tavolo di progettazione interaziendale rappresentativo delle diverse componenti coinvolte (Direzioni Sanitarie Aziendali, Strutture competenti in materia di Malattie Metaboliche e diabetologia, Strutture competenti in materia di valutazione/verifica di qualità dei servizi, ed altre eventuali strutture coinvolte nel PDTA);
- Definire il progetto interaziendale relativo al PDTA-DM in rete comprensivo degli indicatori di processo e di esito entro 90 gg dalla pubblicazione sul BURP;
- Attivare il PDTA – DM completo di tutte le prestazioni previste dalla DGR 61-13646/2010 All. A e B a seguito di verifica regionale con esito positivo e sentito il parere della Commissione Diabetologica Regionale entro i 30 gg successivi;
- Implementare i flussi regionali (tracciato C) che saranno utilizzati per il monitoraggio quadrimestrale da parte della Regione Piemonte.

**Al fine di dare adempimento al punto 1) ed al punto 2) del mandato ricevuto, le Aziende Sanitarie dell'AIC 3 riunitesi in data 20/05/2014 hanno costituito il Tavolo Tecnico Interaziendale ed è stata elaborata una prima stesura di progetto, ancora suscettibile di modifiche in corso d'opera.**

Il progetto elaborato prevede i seguenti obiettivi:

- **Obiettivo n. 1:** uniformare le descrizioni e le codifiche delle attività offerte dai Servizi Diabetologici dell'AIC3 e ricondurre tutte le prestazioni erogate a soggetti inseriti nel PDTA-DM al "codice percorso paziente" identificato con il valore 085 nel tracciato flusso C, completo di tutte le prestazioni previste dalla DGR n. 61-13646/2010 All. A e B.
- **Obiettivo 2:** effettuare un'analisi organizzativa per avviare la rivisitazione dell'attuale



articolazione territoriale dei servizi specialistici diabetologici sulla base del PDTA-DM definito con DGR n. 61-13646/2010 All. A e B:

- diversificare i presidi ed i centri diabetologici secondo la logica della complessità delle cure erogate al fine di garantire risposte appropriate rispetto ai diversi livelli di complicanze della malattia diabetica;
  - individuare ambiti di riferimento specializzati riguardo alle aree ritenute prioritarie per il miglioramento e l'implementazione dell'assistenza diabetologica e per la gestione delle complicanze come individuate dal Piano Nazionale della malattia diabetica;
  - ottimizzare la programmazione e la distribuzione sul territorio dei volumi di attività e prestazioni;
  - **coordinare le attività diabetologiche svolte a livello territoriale, nell'ambito della gestione integrata con i MMG, con le attività svolte a livello ospedaliero.**
- **Obiettivo 3:** dotare la rete dei servizi aziendali di tutti gli elementi e strumenti utili a garantire modalità di interconnessione tra i servizi di diabetologia e con le altre aree (specialistiche e cure primarie) correlate per l'erogazione di risposte diagnostico-terapeutiche complessive e coordinate, per sperimentare il PDTA-DM in rete.

Il programma operativo prevede le seguenti azioni:

- Stesura di tabella sinottica delle attività offerte dai Servizi Diabetologici dell'AIC3 riconducendo le descrizioni in uso nei singoli centri ai codici delle prestazioni previste dalla DGR n. 61-13646/2010 All. A e B e del "codice percorso paziente" identificato con il valore 085 nel tracciato flusso C.
2. Mappatura dell'articolazione dei servizi diabetologici sulla base del PDTA-DM definito con DGR n. 61-13646/2010 All. A e B.
  3. Condivisione delle aree prioritarie per il miglioramento e l'implementazione dell'assistenza diabetologica e per la gestione delle complicanze come individuate da Piano Nazionale della malattia diabetica.
- Identificazione dei centri diabetologici specializzati dell'AIC3 che possono assicurare risposte appropriate rispetto ai diversi livelli di complicanze della malattia diabetica.
  - Stesura di bozza di proposta di rete territoriale dei servizi specialistici diabetologici diversificata per livelli di intensità e complessità delle cure erogate.
  - Gestione del sistema informativo a livello di AIC: definizione di progetto di integrazione informatica che permetta di operare indipendentemente dal Sistema Gestionale che ciascun Servizio ha in uso. Saranno opportune valutazioni medico-legali inerenti la privacy e la gestione dei dati sensibili.
  - Verifica in sede di Comitati Diabetologici di ciascuna Azienda della riorganizzazione in modo da coordinare le attività diabetologiche svolte a livello territoriale, nell'ambito della gestione integrata con i MMG, con le attività svolte a livello ospedaliero.
  - Stesura definitiva del progetto PDTA-DM in rete da parte del tavolo tecnico interaziendale e trasmissione alle Direzioni Generali delle ASR dell'AIC3.
  - Validazione del progetto PDTA-DM in rete da parte delle Direzioni Generali e successivo inoltro alla Regione per approvazione.

## 2.b. Livello regionale

- Analisi dati del Registro Regionale Diabete basato sul linkage dei flussi informativi regionali amministrativi (flussi SDO, prescrizioni, integrative, esenzione per patologia ecc.), produzione

dati di popolazione (incidenza, prevalenza, mortalità di diabete e delle sue complicanze, adeguatezza dei percorsi assistenziali erogati alla popolazione regionale, ospedalizzazione, costi diretti)

### 3. Livello regionale

**Facilitazione dei processi di programmazione sanitaria (livello regionale e locale) tramite la conoscenza dei dati epidemiologici del diabete in Piemonte, disaggregati per ASL**

- condivisione nell'ambito della Commissione Diabetologica Regionale dati del Registro.
- Presentazione brochure in un convegno ad hoc
- Coinvolgimento operatori sanitari, associazioni pazienti, decisori sanità, al fine di implementare i dati a livello di ASL

#### **Popolazione target:**

Diabetici residenti nella Regione Piemonte

#### **Gruppo di lavoro**

**Carla Peona** - Direttore Sanitario ASL Vercelli

**Federico BALDI** - S.C. Endocrinologia e Diabetologia

**Nicoletta PINNA** - S.S. Diabetologia Borgosesia

**Dr.ssa Sara Marchisio** - S.C. Qualità ed appropriatezza prescrittiva

**Dr.ssa Antonella Barbieri** - S.S. Coordinamento Qualità ed appropriatezza prescrittiva

**Massimiliano PANELLA** – Distretto di Vercelli

**Gennarina RISTA** – S.S. Servizi al Territorio Valsesia

**Comitato Diabetologico dell'ASL Vercelli**

## 3. Prevenzione incidenti stradali

### Razionale e modello logico

In Piemonte, si è osservata nell'ultimo decennio una importante riduzione dei tassi e degli indici di mortalità da incidenti stradali. Riduzione a cui hanno contribuito i migliorati sistemi di sicurezza attivi e passivi, leggi e normative più rigorose, una maggiore efficienza dei Servizi sanitari. Tuttavia, tale problema continua a risultare particolarmente accentuato: 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 (HFA, 2013), a sua volta già superiore alla media dei paesi europei occidentali (nel 2010: 6,9 in Italia; 5,6 in Europa occidentale) (HFA Europe, 2013).

L'impatto sul sistema sanitario si conferma piuttosto rilevante, così come il carico assistenziale. La prevenzione dei comportamenti a rischio rimane un obiettivo prioritario: i fattori comportamentali risultano infatti tra i determinanti principali dell'incidentalità.

### Fattori di rischio/Determinanti

Diversi sono i **fattori che influenzano i comportamenti di guida**, esponendo i soggetti ad un rischio maggiore di incorrere in un incidente stradale; tra i fattori più importanti: la **percezione del rischio**.

Una corretta percezione dei possibili rischi, in cui si può incorrere guidando un veicolo, è una condizione essenziale alla base di comportamenti di guida prudenti.

Tuttavia alcune ricerche evidenziano come la percezione del rischio sia assente o distorta nei soggetti che hanno comportamenti di guida poco sicuri. Le ricerche prese in esame analizzano prevalentemente la fascia adolescenziale e giovanile e descrivono una condizione psicologica definita "senso di invulnerabilità" (Green e al., 2000) o "immunità personale" (Jack, 1989), condizione che induce l'adolescente a pensare/credere di essere immune da eventi negativi reali della vita. E' evidente che i soggetti che non si considerano potenzialmente a rischio non saranno motivati al cambiamento di comportamenti di guida insicuri e questo avrà forti implicazioni nella progettazione di interventi rivolti a questo target.

Un secondo fattore che influenza il comportamento di guida è l'**attitudine al rischio**.

L'attitudine al rischio è quel comportamento che spinge la persona a ricercare sensazioni forti che possono costituire una minaccia per la sua incolumità fisica e psicologica in continua sfida con i propri limiti. Il grado di attitudine al rischio è massimo nel periodo adolescenziale e tende a ridursi con l'avanzare dell'età. Una considerazione importante riguarda la funzione svolta dal comportamento a rischio. Secondo alcune ricerche, (Bonino, "Il fascino del rischio negli adolescenti", 2005) i comportamenti a rischio non sono azioni prive di senso, espressioni di psicopatologia, cieca imitazione, o frutto di insufficiente conoscenza dei pericoli ma sono messi in atto per raggiungere scopi personalmente e socialmente significativi valutati dagli adolescenti come rilevanti, connessi al superamento dei compiti di sviluppo ed al raggiungimento degli obiettivi di crescita caratteristici dell'età all'interno di uno specifico contesto.

Il terzo fattore che influenza il comportamento di guida è l'**assunzione di alcol e/o sostanze psicoattive**.

Un nodo critico riguarda la convinzione che un'assunzione moderata di alcol non produca alcun danno (il 60% di ragazzi che frequentano gli istituti superiori - secondo l'indagine AMR 2003) e vi è anche un 5-8% che ritiene che l'assunzione di alcol (qualsiasi sia la quantità assunta) non sia affatto dannosa per la salute.

Le *evidenze scientifiche* relative ad **alcol e guida**, su cui tutti gli studi concordano, mostrano che: il rischio di incidenti aumenta, in modo esponenziale, con la concentrazione di alcol nel sangue (a partire da 50 mg di etanolo/100ml di sangue); a parità di alcol ingerito, il rischio aumenta al

diminuire dell'età del conducente; il rischio aumenta tanto più rapidamente quanto minore è la frequenza di consumo abituale di sostanze alcoliche. Inoltre, è importante considerare che l'alcol può interagire con altre sostanze e quindi aumentare il rischio di chi assume contestualmente alcol e farmaci o sostanze stupefacenti. I giovani tendono ad utilizzare sempre più l'alcol per socializzare, in particolare nei luoghi di divertimento notturni e nei giorni festivi.

Vanno poi considerati i **fattori ambientali** tra cui in particolare: le politiche nazionali e regionali che si occupano di prevenire gli incidenti e di promuovere la sicurezza stradale; le leggi e normative che individuano limiti e regolano comportamenti di guida; le politiche di controllo (attuate dalle forze dell'ordine); i progetti e gli interventi, di tipo informativo ed educativo, a livello nazionale e locale.

Alcune delle **politiche nazionali e regionali**, il Piano Regionale della Sicurezza Stradale (Assessorato ai Trasporti), il Piano Regionale di Prevenzione 2010-12 e 2013 hanno in questi ultimi anni promosso in Piemonte un approccio integrato al problema incidenti stradali, creando tavoli di lavoro cui partecipano professionisti diversi, afferenti a enti differenti tra loro (es. sanità, trasporti, istruzione etc). Il risultato, nella maggior parte dei casi, oltre ad una maggiore integrazione e coordinamento, è la realizzazione di interventi o progetti che tengono in considerazione la multifattorialità e la multidimensionalità del problema considerato.

Le **leggi e le normative**, sono da considerarsi importanti fattori, in quanto definendo un limite preciso o una regola di comportamento, inducono il conducente di veicoli ad una maggiore responsabilità nel comportamento di guida. Gran parte della letteratura sottolinea che le leggi non producono gli effetti desiderati se non sono accompagnate da una costante **politica di controlli**. Il controllo rafforza il potere della legge e "costringe" l'individuo a cambiare comportamenti scorretti. Il controllo e la punizione svolgono una funzione educativa in quanto segnalano come non accettabile socialmente un'infrazione al codice della strada. I **fattori normativi** riflettono peraltro i valori etici della persona, cioè determinano i livelli soggettivi entro cui un certo comportamento è lecito, ma riguardano anche l'influenza delle norme e delle leggi sul comportamento individuale. Le infrazioni al codice stradale, ad esempio, costituiscono una violazione di regole istituzionali e possono riflettere un atteggiamento generale di scarsa considerazione o di rifiuto della legge. D'altra parte, nella nostra società, le infrazioni al codice stradale (in particolare l'eccesso di velocità) costituiscono violazioni forse ancora "poco soggette" a controlli e sanzioni e sono in genere comportamenti abbastanza diffusi e accettati.

Infine gli interventi di vario tipo (informativo, comunicativo, educativo, ecc), che se ben progettati, possono modificare la "cultura" nel contesto in cui vengono attuati, e creare alleanze di lavoro e sinergie che facilitano la promozione di comportamenti salutari. A tale proposito il PPA incidenti stradali della Regione Piemonte 2006-09, consapevole dell'importanza e della ricchezza dei numerosi progetti e interventi effettuati sul territorio regionale, li ha censiti: sono quindi state raccolte 400 schede di progetti e interventi che testimoniano e raccontano queste numerose esperienze attuate nel territorio piemontese.

Sui comportamenti influiscono alcuni **fattori sociali** quali: l'influenza sociale esercitata dagli amici, dalla famiglia e dal gruppo dei pari; la cultura del contesto (ad esempio legata all'uso di alcol).

## Strategie

Gli interventi per la prevenzione degli incidenti stradali possono agire su più ambiti:

- legislativo / di rinforzo sulla legislazione vigente
- ambientale / infrastrutturale
- ingegneristico
- informativo / educativo (modifiche di credenze e comportamenti, acquisizioni di consapevolezza critica o di abilità).

La progressiva riduzione, negli anni, dell'indice di mortalità può essere attribuita ad un insieme di interventi che spaziano dall'introduzione di nuove norme in materia di sicurezza stradale (prima fra tutte la patente a punti) ad una sempre più efficace azione di enforcement, da una maggiore efficienza dei servizi di primo soccorso ai molti interventi di educazione e prevenzione.

Le prove di efficacia confermano la validità di alcune azioni di prevenzione, in particolare:

- gli interventi legislativi e di enforcement specificamente indirizzati ai guidatori in stato di ebbrezza (es. postazioni per il controllo dello stato di sobrietà, utilizzo di dispositivi quali ignition interlock)
- gli interventi legislativi per la riduzione e il controllo della velocità
- le modifiche infrastrutturali e ambientali (es. istituzione delle "zone 30" all'interno dei centri abitati, interventi per il rallentamento del traffico)
- le campagne di promozione e comunicazione per l'uso di dispositivi di sicurezza.

In ogni caso qualsiasi strategia e programma efficace richiede un approccio multicomponente e multilivello, con il coinvolgimento di tutta la comunità e con interventi integrati sul conducente, sul veicolo e sull'ambiente. In letteratura gli interventi multicomponenti sono considerati validi, anche se difficilmente valutabili in termini di efficacia.

La sanità pubblica nello specifico contribuisce alla prevenzione degli incidenti stradali attraverso:

- informazione e formazione sui fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida quali uso di alcol e droghe o l'assunzione di farmaci;
- informazione e formazione sui pericoli legati alla guida senza cinture e senza casco e senza sistemi di ritenuta per i bambini e aspetti assicurativi - legali;
- attività di advocacy presso le altre istituzioni coinvolte, in particolare per promuovere una mobilità sostenibile e sicura (potenziamento del trasporto pubblico locale, pianificazione urbanistica, messa in sicurezza dei percorsi casa-scuola)
- interventi educativi mirati allo sviluppo delle abilità psicosociali o life skills (ad esempio la gestione delle emozioni, la capacità critica, decision making, ...) nei contesti educativi e del divertimento, e / o tesi a migliorare una corretta percezione del rischio.

#### *Indicazione di priorità*

Al fine di contribuire alla ulteriore riduzione della mortalità e disabilità conseguenti a incidenti stradali, allineandosi ai valori dei principali paesi dell'Europa occidentale, vanno consolidate le attività avviate con i precedenti Piani Regionali della Prevenzione, azioni integrate mirate alla sorveglianza del problema e alla promozione di comportamenti di guida responsabile, basate sulla costruzione di alleanze tra gli attori attivi sui territori di competenza.

Le attività riguardano:

- 1.** lo sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato, e la stima del carico di disabilità (burden of disease);
  - 2.** la promozione di comportamenti di guida responsabile nei setting scuola, comunità e centri della sanità con il ruolo attivo degli operatori sanitari e il coinvolgimento di stakeholder del territorio (es. insegnanti, insegnanti e istruttori scuole guida, volontari...);
  - 3.** gli interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive alla guida dei veicoli;
  - 4.** le attività di documentazione e disseminazione finalizzate a favorire il trasferimento e lo scambio di evidenze, buone pratiche, strumenti e metodi.
-

## Quadro logico

### Obiettivo centrale (nazionale)

Contribuire alla riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali nella popolazione in generale e nei gruppi a maggiore rischio, con particolare attenzione alla prevenzione dei determinanti comportamentali, tra cui uso di alcol, sostanze stupefacenti e psicotrope, eccesso di velocità, mancato o non corretto utilizzo di dispositivi di protezione individuale (uso di casco, cinture e seggiolini per bambini).

#### 1. Obiettivo specifico regionale

Migliorare la descrizione della distribuzione territoriale, della evoluzione temporale e dell'impatto sanitario dell'incidentalità stradale, caratterizzandola rispetto a diverse dimensioni di analisi (es. genere, età, nazionalità, tipologia di utente).

#### Programmi:

**Sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato, e stima del carico di disabilità (burden of disease).**

#### Azioni 2014

#### Livello Regionale

##### • Attività:

- Acquisizione, validazione, documentazione e integrazione delle fonti dati utili.
- Definizione, calcolo e restituzione di indicatori di impatto sulla salute
- Definizione, calcolo e restituzione di indicatori di burden of disease.

##### • Risultati attesi:

- Valutazione di completezza e qualità dei dati e degli indicatori ricavabili dai dataset potenzialmente utili.
- Miglioramento di affidabilità e utilizzabilità per la valutazione di interventi degli indicatori di impatto sulla salute.
- Indicatori di burden of disease.

#### Soggetto attuatore

Servizio sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3, Grugliasco (collaborazione con, ISS, Ires Piemonte)

#### Popolazione target

Popolazione residente in Piemonte

#### 2. Obiettivo specifico regionale

- Migliorare le conoscenze sui corretti comportamenti alla guida nei giovani e negli adulti attraverso interventi informativi, formativi e educativi realizzati da operatori sanitari e con il coinvolgimento di stakeholder del territorio nei contesti educativi (per le ASL che attivano interventi nelle scuole, autoscuole ecc.).
- Modificare l'atteggiamento di guida in stato di ebbrezza a seguito degli interventi realizzati dagli operatori e con il coinvolgimento di stakeholder del territorio (sanità, volontariato, ...) nei contesti del divertimento (per le ASL che attivano interventi nel contesto del divertimento).

## Programmi:

### Promozione di comportamenti di guida responsabile

## Azioni 2014

### Livello Locale

#### Attività:

- **Realizzazione interventi informativi e educativi nei contesti scuola, autoscuola, comunità e centri della sanità.**

– L'ASL VC concentra le proprie azioni principalmente nel "setting comunità" attraverso la continuazione del Progetto "Safe night – Fuori posto" che prevede interventi nei "contesti del divertimento", cioè nei locali e nelle feste/sagre ad alta affluenza di soggetti giovani.

La metodologia del Progetto (riprendendo un progetto della Regione Veneto) prevede di somministrare questionari in forma anonima ai frequentatori di discoteche/locali di svago permettendo la rilevazione di dati sul consumo di alcolici fra i giovani e sulla percezione e consapevolezza dei loro comportamenti rispetto all'assunzione di queste bevande ed agli effetti ad esse correlati, di fornire informazioni sui danni provocati dall'abuso di bevande alcoliche e di effettuare rilevazioni oggettive con etilometro. Ai giovani che accettano di sottoporsi alla prova dell'etilometro viene consegnata la "Go-Card", una sorta di carta bancomat, che permette di tracciare la presenza dei soggetti che hanno aderito al progetto nei vari luoghi del divertimento all'interno della Regione Piemonte e di identificare la ASL di rilascio della "Go-card" stessa.

Nel 2014 sono previsti almeno 2 interventi strutturati del Progetto "Safe night" nei "luoghi del divertimento".

Nel corso del 2014 è prevista l'analisi dei dati rilevati da questo progetto e raccolti nel 2012.

- **Interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive:**

Proseguimento del progetto "Così la pensano tutti": intervento di prevenzione secondaria rivolto a soggetti già fermati per il possesso di sostanze psico-attive e quindi segnalati per violazione amministrativa dalla Prefettura.

A questi soggetti viene proposto un percorso educativo-informativo, che consiste in una serie di incontri di gruppo, volti alla sensibilizzazione e all'aumento della consapevolezza dei comportamenti a rischio. Tale iniziativa risponde a uno specifico protocollo di intesa stipulato nel 2009 con la Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Vercelli, che regola la procedura di invio dei soggetti al percorso educativo predisposto dal Dipartimento Patologie delle Dipendenze nei distretti della Valsesia e di Vercelli.

- Altra azione programmata per l'attività 2014, in continuità con l'anno scorso, è quella relativa alla promozione delle corrette modalità di utilizzo dei sistemi di sicurezza per il trasporto dei bambini in auto (promozione uso seggiolini), vengono così coinvolte le future mamme che accedono ai Servizi Consultoriali per i corsi pre-parto attraverso incontri con gli operatori ACI programmati e concordati con le ostetriche e finalizzati ad informare adeguatamente le future mamme sull'argomento.

Da parte degli operatori ACI vengono rilasciati opuscoli informativi.

- La S.C. Medicina Legale nell'ottica della prevenzione degli incidenti stradali ha realizzato un modulo informativo cartaceo sui rischi connessi alla guida in stato di ebbrezza alcolica e/o sotto effetto di stupefacenti distribuito ai soggetti sottoposti a revisione prefettizia per guida sanzionata.

Quanto sopra si aggiunge ai compiti propri del Medico Legale per il rilascio della patente di guida

che comprende il rigoroso controllo sanitario della condizione psico-fisica ed in primis dei requisiti visivi, uditivi, motori, neurologici, neurocomportamentali e psichici con integrazione in alcuni casi di pareri specialistici fisiatrici ( disabili motori o neurologici ) e pareri tecnici esterni ( Ingegnere della Motorizzazione ) nei casi in cui necessiti una corretta individuazione degli adattamenti tecnici del veicolo.

Per soggetti in possesso di patente di guida la SC Medicina Legale ha anche predisposto un intervento in forma di comunicazione multimediale circa i rischi connessi alla guida in stato di ebbrezza e/o sotto effetto di stupefacenti, con la realizzazione un video disponibile sul sito aziendale a disposizione della cittadinanza; si prevede nel 2014 di renderlo disponibile anche alle Scuole Guida della ASL.

#### **Risultati attesi:**

- **Mantenimento di progetti di promozione di comportamenti di guida responsabile, già sperimentati nel precedente PRP, attraverso la realizzazione di interventi formativi-informativi-educativi nei setting previsti.**

A seguito delle azioni sopra descritte e già avviate nel corso dell'anno precedente, che proseguono il progetto con obiettivo di prevenzione/riduzione degli incidenti stradali, l'atteso risulta essere un contenimento dei rischi e l'aumento dei comportamenti di guida responsabile.

#### **Soggetti attuatori**

operatori ASL, volontariato sociale

#### **Popolazione target**

**Intermedi:** operatori ASL, Scuole guida, ACI

**Finali:** popolazione giovane e adulta

#### **Gruppo di lavoro:**

**Cristina Parvis** - Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia – S.S.D. Psicologia Borgosesia

**Donatella De Lillo** – S.C. SerT - Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia

**Raffaella Scaccioni** - RePES aziendale Area Promozione salute ed educazione sanitaria;

**Antonella Barale** – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Benedetto Francese** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Paolo Bertone** – S.C. Medicina Legale – Dipartimento di Prevenzione

**Nadia Giordano** – S.S.D. Gestione Consultori

**Silvia Bonardi** – S.S.D. Gestione Consultori

**Elisabetta Repetto** - S.S.D Gestione Consultori

**Caterina Mirengi** – Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia

**Vincenzo Amenta** – Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia

**Paola Gariboldi** –Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia

**Stefania Buttiero** – Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia

**Raffaella Favini** – Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia

**Signorella Nicosia** – Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia

–Servizio Sociale Aziendale Vercelli

**Sabrina Costa** – Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia

–Servizio Sociale Aziendale Borgosesia

**Silvana Strobino**– Dipartimento di Salute mentale, Patologia delle Dipendenze e Psicologia

- Servizio Sociale Aziendale Borgosesia



### 3. Obiettivo specifico regionale

Migliorare l'adeguatezza degli interventi per il controllo degli illeciti ex art. 186, 186 bis e 187 C.d.S. ai vari livelli di operatività (attività di indagine della Polizia Giudiziaria, accertamenti sanitari, apparato sanzionatorio, giudizi di idoneità alla guida) anche attraverso azioni di rinforzo a livello regionale dei rapporti interistituzionali tra i vari soggetti pubblici interessati.

#### Programmi:

**Interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive**

#### Azioni 2014

---

#### Livello regionale

- **Attività:**

1) Mantenimento dell'operatività del gruppo regionale di recente costituzione (DD 8 giugno 2012, n. 387).

2) Aggiornamenti legislativi e giurisprudenziali delle linee di indirizzo regionali nella parte relativa alla definizione procedurale di quanto disciplinato dal C.d.S. in merito agli accertamenti (preliminari e probatori) delle violazioni di specie con approvazione del testo finale per i conseguenti provvedimenti regionali.

3) Raccolta ed elaborazione dati sui sistemi informatici utilizzati nei Pronto Soccorso delle ASR per la messa a punto di interventi atti a migliorare la gestione informatica degli accertamenti ex artt. 186, 186 bis e 187 C.d.S. nei soggetti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti a cure mediche.

- **Risultati attesi:**

- Approvazione del testo finale delle linee di indirizzo regionali nella parte relativa alla definizione procedurale sugli accertamenti (preliminari e probatori) delle violazioni ex artt. 186, 186 bis e 187 C.d.S. per i conseguenti provvedimenti regionali.

- Analisi complessiva sull'informatizzazione dei Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, propedeutica all'implementazione di iniziative volte a migliorare la gestione informatica degli accertamenti di specie nei soggetti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti a cure mediche.

#### Soggetti attuatori

Assessorato Sanità

#### Popolazione target

Operatori delle varie istituzioni pubbliche regionali interessate (Assessorati di competenza, strutture sanitarie, Autorità Giudiziaria, Polizia Stradale, Prefettura, ecc.)

---

### 4. Obiettivo specifico regionale

Produrre e disseminare attraverso area focus tematica e su newsletter elettronica (sito DoRS) documentazione varia (sintesi, adattamenti e traduzioni di evidenze scientifiche, indagini, strumenti, ecc.) sul tema degli incidenti stradali, per favorire lo scambio e il trasferimento di evidenze e buone pratiche con i professionisti di promozione della salute e di prevenzione, i portatori di interesse e i decisori a vari livelli.

## Programmi

Attività di documentazione e disseminazione finalizzate a favorire il trasferimento e lo scambio di evidenze, buone pratiche, strumenti e metodi

## Azioni 2014

---

### Livello Regionale

- **Attività:**

Per l'aggiornamento dell'area focus tematica del sito Dors e della newsletter online le attività previste sono:

Ricerca attiva di evidenze scientifiche e di studi sul tema in banche dati e siti istituzionali, sintesi traduzione e adattamenti di evidenze, studi, strumenti, selezione di progetti considerati buone pratiche o pratiche promettenti, pubblicazione dei materiali nella newsletter e nell'area focus incidenti stradali.

Segnalazione tipo "Alert" mediante e-mail di documenti e articoli di interesse pubblicati sulla newsletter indirizzata ai professionisti coinvolti in gruppi di lavoro su incidenti stradali

- **Risultati attesi:**

Aggiornamento Area Focus

**Soggetto attuatore**

Dors

**Popolazione target**

Operatori impegnati in promozione della salute e prevenzione; decisori; portatori di interesse

## 4. Prevenzione incidenti domestici

### Razionale e modello logico

Gli incidenti domestici, per il loro numero (circa 215.000 ricorsi al PS nel 2012), per la gravità e per il peso che hanno sulle strutture sanitarie si impongono all'attenzione di quanti si occupano di prevenzione. In Piemonte più del 10% dei ricorsi al PS sono determinati da Incidenti Domestici e ogni anno il 4,5% dei residenti in Piemonte si rivolge ad un PS a causa di un incidente avvenuto in casa e il trend che si osserva, forse anche per la maggior attenzione che negli ultimi anni c'è stata sul problema, è in leggero aumento. Anche nella Relazione sullo "Stato Sanitario del Paese 2009-2010" gli incidenti domestici sono indicati come una priorità da affrontare; una particolarità è che, pur colpendo in modo particolare bambini ed anziani, nessuna fascia di età ne è esente in entrambi i sessi. In Piemonte nel 2012 per le prestazioni fornite in PS per incidenti domestici sono costate 22.247.975 euro con un importo medio di 103,23 euro.

### Fattori di rischio, determinanti e strategie

Gli Incidenti Domestici, avvenendo in ambiente privato ed essendo nella maggior parte dei casi legati ai comportamenti, sono prevenibili solo se le persone sono consapevoli dei rischi presenti in ambiente domestico; dai dati dell'indagine PASSI si evince che circa il 95% degli intervistati non ha sentito dei pericoli presenti in casa. Dalla stessa indagine si evidenzia come soltanto il 25% degli intervistati abbia ricevuto informazioni su questo tema nell'ultimo anno; va anche però sottolineato come il 30% di coloro che hanno ricevuto informazioni ha attuato qualche modifica in casa. L'unica arma che abbiamo per arginare questo fenomeno resta, dunque, quella dell'informazione da offrire nelle occasioni opportune di contatto tra operatori sanitari e popolazione e attraverso la scuola, in particolare la scuola dell'infanzia e la scuola primaria.

### Quadro logico

#### Obiettivo centrale (nazionale)

Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero

#### Obiettivo specifico regionale

Mantenere il fenomeno sui livelli attuali in Regione Piemonte

#### Programmi

1. **Monitoraggio degli accessi al PS degli Ospedali della Regione**
2. **Formazione degli insegnanti della scuola dell'infanzia e della scuola primaria sui temi della sicurezza in casa**
3. **Informazione alla popolazione nelle occasioni opportune**
4. **Valutazione dei rischi delle abitazioni mediante diffusione del questionario auto compilato**

---

### Azioni 2014

#### Livello regionale

##### 1. Monitoraggio

- a. Accesso alla banca dati dei PS degli Ospedali della Regione

- b. Analisi dei dati per le variabili di controllo sia sulla Regione nel suo complesso che per ASL e per singolo ospedale
- c. Confronto con i dati degli anni precedenti
- d. Stesura del Report

## Livello locale

### 2. Formazione

#### a. Contatti con le scuole:

Implementazione del Progetto "Affy-Fiutapericoli" – progetto CCM, rivolto ai bambini che frequentano le Scuole d'Infanzia con l'obiettivo di informare/sensibilizzare sui rischi presenti nell'ambiente domestico.

Il Progetto "Affy-Fiutapericoli" in forma di fiaba propone ai bambini le esperienze del cane Affy che individua i pericoli presenti nell'ambiente domestico ed educa all'attenzione all'interno della casa.

All'inizio dell'A.S. 2014/15 tutte le Scuole d'Infanzia saranno contattate attraverso posta elettronica e i docenti referenti alla salute saranno invitati a partecipare agli incontri di presentazione del Programma di attività di promozione della salute e del benessere per l'A.S. 2014/15, in cui è inserito il progetto Affy-Fiutapericoli.

Per supportare l'azione degli insegnanti, si intende contattare l'Ufficio Scolastico Provinciale e chiedere che la prevenzione degli incidenti domestici, rivolta alla fascia di età 3-6 anni, diventi obiettivo fisso della programmazione scolastica per almeno i prossimi cinque anni, a fronte dell'impegno che l'ASL VC sosterrà di formare tutti gli insegnanti delle Scuole d'Infanzia interessati a sviluppare l'attività con i loro alunni.

#### b. Incontri con gli insegnanti

All'avvio dell'anno scolastico 2014/2015 saranno programmati gli incontri di aggiornamento e formazione rivolti agli insegnanti delle Scuole d'Infanzia a cui è stato fornito il kit di attività di Affy-Fiutapericoli.

Gli incontri si realizzeranno nel corso del 2015.

#### c. Eventuale distribuzione di materiali didattici

Consegna di ulteriori altri Kit di attività se richiesti dalle insegnanti delle Scuole che aderiscono all'attività.

#### d. Distribuzione di un questionario di monitoraggio degli interventi nelle classi

Si intendono contattare le Scuole dell'Infanzia che hanno aderito al progetto "Affy-Fiutapericoli" all'inizio dell'A.S. 2013/14 e rilevare l'attività da loro svolta con le classi: verrà chiesto agli insegnanti di compilare e restituire la scheda di monitoraggio già utilizzata negli anni precedenti.

#### e. Analisi dei questionari

Le schede di monitoraggio distribuite agli insegnanti alla fine dell'A.S. 2013/14 verranno elaborate dai componenti del gruppo di lavoro al fine di poter rendicontare l'attività, il suo gradimento da parte di insegnanti e studenti, le criticità e i punti di forza.

### 3. Informazione

#### a. Rafforzamento della rete di operatori dei Servizi territoriali coinvolti

Continua il coinvolgimento attivo e l'attività in rete del SISP, dei Consultori, del RePES aziendale, dell'Epidemiologia, delle Scuole e dell'Ufficio scolastico provinciale. Coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta per la distribuzione del materiale informativo.

#### **b. Contatti con le scuole dell'infanzia per poter raggiungere i genitori**

(vedi contatti con le scuole al punto **2. Formazione**)

#### **c. Distribuzione dei materiali informativi**

Assicurata la fornitura dei materiali cartacei (pieghevoli) riportanti i consigli utili per proteggere i bambini dagli incidenti domestici nelle fasce d'età 0-6 mesi, 6-12 mesi, 12-24 mesi nonché 24 mesi e oltre che verranno distribuiti ai genitori nei Nidi dei Presidi Ospedalieri di Vercelli e Borgosesia all'atto delle dimissioni post-nascita (pieghevoli 0-6 mesi) nonché negli Ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta nel corso dell'espletamento dei bilanci di salute (tutto il materiale relativo alle altre fasce d'età) e i kits di Affy-fiutapericoli (distribuiti nelle Scuole) che verranno richiesti di volta in volta al Coordinamento regionale del Progetto "Prevenzione degli Incidenti domestici" - S.S. Epidemiologia ed Educazione Sanitaria presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL TO1.

#### **d. Monitoraggio attraverso lo studio PASSI**

Lo studio PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali.

A partire dal 2012 PASSI misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

Nella ASL VC la consapevolezza del rischio di incidente domestico appare bassa ma comunque più elevata delle altre ASL piemontesi.

Parimenti nella ASL VC la percentuale di incidenti domestici che hanno richiesto il ricorso alle cure del Medico di famiglia, l'accesso al Pronto Soccorso o l'ospedalizzazione risulta superiore al pool di ASL PASSI.

Il monitoraggio che prosegue anche nel 2014 conferma l'importanza di migliorare la consapevolezza dei rischi anche se è già superiore a quella delle altre ASL piemontesi.

Saranno resi disponibili al Gruppo aziendale per la "Prevenzione degli incidenti domestici" i dati della Sorveglianza Passi aggiornati al 2013.

### **4. Questionario auto compilato**

#### **a. Riunioni del gruppo regionale**

Continua la partecipazione del Referente Aziendale per gli Incidenti domestici alle riunioni periodiche di aggiornamento e monitoraggio del Progetto regionale presso il Coordinamento regionale presso la S.S. Epidemiologia ed Educazione Sanitaria di stanza presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL TO1.

Attualmente è in corso di elaborazione una check-list standard da applicare uniformemente su tutto il territorio regionale, al fine di mettere in risalto eventuali problematiche igienico-infrastrutturali presenti nelle abitazioni delle gestanti che partecipano ai corsi di preparazione al parto, uniformando in tal modo i comportamenti delle Asl piemontesi.

#### **b. Distribuzione dei questionari ad un campione di popolazione**

Confermata anche per l'anno solare 2014 la distribuzione dei questionari alle gestanti in occasione dei corsi di preparazione al parto presso i consultori di Vercelli, Santhià e Varallo.

In attesa che venga formalmente adottata la check-list standard per tutto il territorio regionale (citata nel punto a.), verrà ancora somministrato il questionario redatto dalla S.C. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL VC.

Avviati inoltre contatti con il personale dei Consultori delle sedi di Borgosesia e Gattinara al fine di estendere l'attività anche in tali sedi, tutt'ora escluse, e conseguire in tal modo la copertura del servizio su tutto il territorio aziendale.

#### **c. Analisi dei dati raccolti**

A seguito della valutazione dei questionari somministrati, nei casi di riscontro di unità abitative con criticità strutturali e tecnico-impiantistiche, il Personale Medico e il Referente Aziendale nonché il Personale Tecnico di Vigilanza della S.C. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL VC, potranno espletare, con il consenso dei residenti, eventuali sopralluoghi *ad hoc* al fine di suggerire idonei provvedimenti per la rimozione dei fattori di rischio.

### **Popolazione target**

Scuole dell'Infanzia (bambini 3-6 anni); Gestanti afferenti ai Consultori di Ostetricia; Genitori di bambini di età 0-4 anni

### **Gruppo di lavoro:**

**Onesimo Vicari** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica – referente aziendale Incidenti domestici

**Gabriele Bagnasco** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Virginia Silano** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Raffaella Scaccioni** – RePes aziendale – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Antonella Barale** – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Francesco Cussotto** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Alberto Russo** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

## 5. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali

### Razionale e modello logico

La programmazione delle attività di prevenzione non può prescindere dalla conoscenza approfondita del contesto produttivo, dei rischi presenti e dei danni in termini di infortuni e malattie professionali e lavoro correlate. Sono sotto gli occhi di tutti le profonde implicazioni che la crisi economica in atto a partire dagli ultimi mesi del 2008 ha sul mercato del lavoro. Per impostare correttamente le azioni preventive in questa fase e per ipotizzare gli scenari in caso di ripresa produttiva occorre interrogarsi sul ruolo che l'andamento economico esercita sul lavoro, sui rischi e sui danni (in particolare sugli infortuni). Le informazioni disponibili, pur essendo basate prevalentemente sui dati dei Flussi Inail-Regioni, si riferiscono anche ad altre fonti istituzionali in grado di fornire un quadro più completo.

L'andamento degli occupati in Piemonte a partire dal 2008 in termini assoluti è in calo per il totale, ma anche per i soli uomini, mentre è più stabile la quota femminile. Complessivamente il tasso è in diminuzione nel corso del tempo, ma il calo è tutto a carico dell'occupazione giovanile. L'andamento delle ore di cassa integrazione erogate; nel 2009 evidenzia un forte aumento del ricorso a questo strumento in particolare in forma ordinaria, mentre negli anni successivi prevale la forma straordinaria.

Il tasso di irregolarità degli occupati in Piemonte segue il medesimo andamento dell'area geografica Nord-Ovest, con un più marcato aumento nell'ultimo periodo; anche i valori del territorio italiano sono in aumento a partire dal 2008.

L'andamento del tasso di irregolarità degli occupati nei settori dell'agricoltura e delle costruzioni (secondo classificazione NACE) in entrambi i settori il Piemonte mostra valori sempre più bassi degli altri riferimenti territoriali, pur seguendone il medesimo andamento.

Il confronto del censimento ISTAT sull'agricoltura per gli anni 2001/2011 rispetto al numero di aziende agricole (la superficie agricola utilizzata (SAU) e la superficie agricola totale (SAT)) dimostra che in tutte le province si rileva una netta diminuzione percentuale del numero di aziende che varia dal -50.8 % di Asti al -8.4 % di Verbania; tuttavia proprio nel verbanese e nel vercellese è in aumento la superficie agricola utilizzata, nonostante la riduzione del numero di aziende.

Per quanto riguarda gli infortuni accaduti in Piemonte nel periodo 2008 – 2012, secondo il rapporto annuale INAIL anno 2012, si evidenzia la diminuzione degli eventi in termini sia assoluti sia relativi di cui merita un approfondimento riguardo la gravità degli eventi.

Esito degli infortuni avvenuti in Piemonte nel periodo 2008 - 2012 per tipo di conseguenza								
DATI COMPLESSIVI	Tipo di conseguenza			Totale infortuni indennizzati	Totale infortuni NON indennizzati (1)	INFORTUNI DENUNCIATI	Totale infortuni mortali NON indennizzati (1)	INFORTUNI MORTALI DENUNCIATI
	Inabilità temporanea	Inabilità permanente	Morte					
2008	44.807	2.455	72	47.334	22.209	69.543	4	76
2009	39.909	2.552	53	42.514	19.747	62.261	3	56
2010	38.144	2.435	72	40.651	19.406	60.057	0	72
2011	35.249	2.245	63	37.557	18.132	55.689	4	63
2012	31.711	1.681	57	33.449	17.039	50.488	1	58

- (1) rientrano in questa categoria gli eventi privi dei presupposti di legge necessari per esser considerati infortuni sul lavoro, i casi in franchigia con prognosi superiore a 4 giorni e quelli ancora in istruttoria. Fonte - Rapporto annuale INAIL - Anno 2012.

Infortuni avvenuti nelle Province del Piemonte nel periodo 2008 - 2012						
		2008	2009	2010	2011	2012
ALESSANDRIA	<b>Totale</b>	<b>8.112</b>	<b>7.339</b>	<b>6.819</b>	<b>6.336</b>	<b>5.703</b>
	di cui mortali	7	7	8	11	3
ASTI	<b>Totale</b>	<b>3.582</b>	<b>3.281</b>	<b>3.090</b>	<b>2.816</b>	<b>2.676</b>
	di cui mortali	7	3	6	4	3
BIELLA	<b>Totale</b>	<b>2.018</b>	<b>1.632</b>	<b>1.605</b>	<b>1.667</b>	<b>1.386</b>
	di cui mortali	3	3	0	3	1
CUNEO	<b>Totale</b>	<b>11.731</b>	<b>10.938</b>	<b>10.715</b>	<b>10.199</b>	<b>8.758</b>
	di cui mortali	18	13	18	7	11
NOVARA	<b>Totale</b>	<b>5.330</b>	<b>4.758</b>	<b>4.512</b>	<b>4.114</b>	<b>3.634</b>
	di cui mortali	4	3	11	7	4
TORINO	<b>Totale</b>	<b>33.371</b>	<b>29.884</b>	<b>28.923</b>	<b>26.591</b>	<b>24.674</b>
	di cui mortali	35	25	17	26	24
VERBANIA	<b>Totale</b>	<b>2.168</b>	<b>1.810</b>	<b>1.729</b>	<b>1.598</b>	<b>1.459</b>
	di cui mortali	0	2	2	4	1
VERCELLI	<b>Totale</b>	<b>3.231</b>	<b>2.619</b>	<b>2.664</b>	<b>2.368</b>	<b>2.198</b>
	di cui mortali	2	0	10	5	11

Fonte - Rapporto annuale INAIL - Anno 2012.

Per quanto riguarda le malattie professionali l'andamento delle denunce di malattia professionale e del loro riconoscimento in Piemonte a partire dal 2007. Si evidenzia un aumento sia delle denunce sia dei riconoscimenti sebbene la situazione sia eterogenea nelle diverse province. In particolare nel 2011, al termine del periodo in osservazione, si registrano aumenti marcati di denunce nelle province di Cuneo e Novara. Gli aumenti di riconoscimenti sono più marcati nelle province di Cuneo e Biella. Tali aumenti non devono tuttavia essere ricondotti direttamente ad un peggioramento delle condizioni di lavoro. A differenza degli infortuni infatti, le malattie professionali si manifestano in molti casi dopo esposizioni prolungate e non sempre l'epoca della denuncia coincide con quella della prima manifestazione. Inoltre alcune variazioni normative hanno modificato le pratiche di denuncia, aumentandone il numero. Anche l'azione di recupero delle malattie professionali "perdute", cioè quelle che vengono diagnosticate ma non denunciate, condotta in molte ASL ha come conseguenza un aumento delle denunce: il risultato in questo caso è ovviamente da leggersi in senso positivo dal momento che porta ad aumentare il giusto risarcimento per quei lavoratori che purtroppo si sono ammalati a causa del lavoro.



Numero di malattie professionali denunciate e riconosciute dall'INAIL in Piemonte, periodo 2007-2011 Fonte INAIL, Flussi informativi edizione 2012

<b>MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE</b>					
	2007	2008	2009	2010	2011
Torino	1.259	1.251	1.170	1.041	1.091
Vercelli	92	73	110	90	91
Novara	109	116	105	98	154
Cuneo	246	284	361	386	395
Asti	104	104	103	135	115
Alessandria	159	152	173	194	185
Biella	39	40	51	40	39
Verbania	51	45	51	61	57
<b>Piemonte</b>	<b>2.059</b>	<b>2.065</b>	<b>2.124</b>	<b>2.045</b>	<b>2.127</b>
<b>MALATTIE PROFESSIONALI RICONOSCIUTE</b>					
Anno	2007	2008	2009	2010	2011
Torino	449	432	467	413	375
Vercelli	33	30	28	35	28
Novara	47	52	49	39	34
Cuneo	78	124	201	214	180
Asti	47	57	48	65	47
Alessandria	67	57	77	104	77
Biella	8	14	20	16	18
Verbania	39	53	37	45	49
<b>Piemonte</b>	<b>768</b>	<b>819</b>	<b>927</b>	<b>931</b>	<b>808</b>

Alla luce del quadro esposto, tenuto conto degli indirizzi di livello nazionale, e delle attività che in Piemonte sono in parte attive e necessitano di impulso, per il 2014 si porterà particolare attenzione al perseguimento dei seguenti obiettivi centrali:

- 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;
- coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori;
- 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;
- migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement.

## Quadro logico

### Obiettivo centrale (nazionale)

Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli atti di indirizzo del Comitato ex art. 5/81 approvati mediante accordo di Conferenza Stato-Regioni

### Obiettivo specifico regionale

Utilizzo ed implementazione dei sistemi informativi attualmente attivi:

- flussi informativi Inail Regioni;
- INFORMO;
- registro ex esposti amianto;
- registri di patologia (mesoteliomi e tumori naso sinusali);
- registro esposti ad agenti cancerogeni;
- comunicazioni ex art. 40 D.Lgs.81/08;
- SPRESALWeb.

### Programmi:

**Integrazione dei sistemi informativi per il miglioramento della programmazione delle attività**

## Azioni 2014

### Livello regionale

- definizione protocolli operativi ASL – COR ;
- valutazione di fattibilità adozione del sistema OCCAM;
- perfezionamento programma spresalweb

### Livello locale

#### • Utilizzo spresalweb; attivare connessioni veloci

Lo S.Pre.S.A.L. si impegna, per l'anno 2014, all'utilizzo dell'applicativo "SPRESALWEB" per la gestione e la rendicontazione delle attività. L'avvio dell'utilizzo corrente del sistema da parte dello S.Pre.S.A.L. per assumere l'applicativo come standard è indicato nella Determina Regionale n. 7 del 13/1/2014 che prevede un periodo di 6 mesi che consenta al Personale S.Pre.S.A.L. di familiarizzare con il nuovo applicativo e di utilizzare al meglio le sue funzionalità.

Anche nel "Programma di Attività della Regione Piemonte e degli S.Pre.S.A.L. anno 2014, in coerenza con il Piano Regionale di Prevenzione" descritto con Determinazione Regionale n. 548 del 30/5/2014 è descritta, quale attività a livello locale, l'utilizzazione a regime dell'applicativo SPRESALWEB per la gestione delle attività di competenza.

Il Servizio si impegna a prendere iniziative per il miglioramento dell'informatizzazione presso le Sedi opportune.

### Soggetti / Servizi attuatori:

Settore Prevenzione e Veterinaria-Direzione Sanità Regione Piemonte; Spresal

### Popolazione target:

Operatori Spresal

### **Obiettivo centrale (nazionale)**

Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori

### **Obiettivo specifico regionale**

Mantenimento ed implementazione dell'Accordo Regione, Inail, Ufficio scolastico regionale del Luglio 2009

### **Programmi:**

**Sviluppare la cultura della sicurezza nelle scuole**

---

## **Azioni 2014**

---

### **Livello regionale:**

Sviluppo didattica, formazione, informazione, valutazione efficacia interventi

### **Livello locale**

- **Partecipazione alle attività definite a livello regionale**

Il Servizio si impegna a partecipare alle attività che verranno organizzate a livello Regionale.

### **Soggetti / Servizi attuatori:**

Settore Prevenzione e Veterinaria-Direzione Sanità Regione Piemonte; Spresal; INAIL

### **Popolazione target:**

Operatori scolastici, studenti

---

### **Obiettivo centrale (nazionale)**

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

### **Obiettivo specifico regionale**

Migliorare l'efficacia dell'attività di prevenzione e controllo

### **Programmi:**

Accordi OPV

## Azioni 2014

### Adozione piani integrati

#### Livello regionale

Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza

Attivazione in tutte le province degli organismi provinciali

Atto formale adozione piani

#### Livello locale

- **Attuazione dei piani concordati tra le istituzioni:**

- **Piano Edilizia**

Lo S.Pre.S.A.L. si impegna per il 2014 all'attuazione delle indicazioni contenute nell'All. 1 della Determina Regionale n° 548 del 30/5/2014 avente come oggetto: Programma di attività della Regione Piemonte e dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro per l'anno 2014, in coerenza del Piano Regionale di Prevenzione.

In particolare l'attività di controllo dei cantieri edili dovrà coprire almeno l'80% del numero di cantieri da controllare così come programmati nell'anno 2013 (112), privilegiando la scelta dei cantieri in cui intervenire attraverso un'attenta analisi delle notifiche preliminari, tenendo conto dell'entità e complessità dei lavori, correlati ai rischi prioritari definiti dal Piano Edilizia.

Dovrà inoltre essere mantenuto un alto livello di attenzione per i controlli dei cantieri di rimozione amianto, sulla base delle esperienze acquisite.

Inoltre gli Enti di Vigilanza (Spresal, DTL, INPS, INAIL, VV.FF.) attiveranno interventi di vigilanza congiunta. Tale attività dovrà tendere all'obiettivo di interventi congiunti per il 20% di cantieri assegnati dalla programmazione Regionale, mantenendo un obiettivo minimo del 10%.

- **Piano Agricoltura**

Le attività di controllo sulle Aziende Agricole dovranno tendere a garantire quantitativamente il mantenimento dei livelli di attività già programmati per l'anno 2013 ( n. 17 Aziende Agricole).

Tali attività dovranno prevedere la realizzazione di ispezioni in Aziende Agricole in modalità congiunta tra S.Pre.S.A.L. e DTL.

Si dovrà anche avere particolare attenzione a quelle aziende in cui vi sia presenza di "ambienti confinati".

#### **Soggetti / Servizi attuatori:**

Settore Prevenzione e Veterinaria-Direzione Sanità Regione Piemonte; Spresal

#### **Popolazione target:**

Popolazione lavorativa con particolare riferimento ai comparti edilizia e agricoltura

### **Obiettivo centrale (nazionale)**

Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement

### **Obiettivo specifico regionale**

Utilizzo schede di vigilanza edilizia/agricoltura

### **Programmi:**

#### **Definizione dei piani di vigilanza edilizia e agricoltura**

---

## **Azioni 2014**

### **livello regionale:**

- adozione/aggiornamento scheda vigilanza edilizia/ raccolta delle informazioni su supporto informatico (SPRESALWeb)
- adozione/aggiornamento scheda vigilanza agricoltura

### **Livello locale**

- **Utilizzo scheda vigilanza in edilizia**

Lo S.Pre.S.A.L. utilizzerà per il 2014 per ogni cantiere al quale avrà accesso la "scheda di vigilanza in edilizia" (Allegato)

- **Utilizzo scheda vigilanza agricoltura**

Lo S.Pre.S.A.L. utilizzerà per il 2014 per ogni Azienda Agricola alla quale avrà accesso la "scheda di vigilanza in agricoltura" (Allegato)

### **Soggetti / Servizi attuatori:**

Settore Prevenzione e Veterinaria-Direzione Sanità Regione Piemonte; Spresal

### **Popolazione target:**

Operatori Spresal

### **Gruppo di lavoro**

**Laura Fidanza** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Silvia M.T. Durante** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Antonino Nebbia** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Flavio Bertone** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Mauro Ardizzone** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Alessandro Azzalin** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro  
**Luigia Calderaro** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro  
**Fabio Colombi** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro  
**Francesco Leone** - S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro  
**Renzo Colombo** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro  
**Laura Traversini** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro  
**Biagio De Sio** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro  
**Maria Moccia** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

## 6. Esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

### Razionale e modello logico

#### Ambiente e 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, e sono ricapitolati anche nel PNP, senza necessità di una ridefinizione su scala regionale, per la quale necessita invece una caratterizzazione più precisa dell'esposizione.

Non esistono infatti stime corrette di esposizione e di impatto sulla salute nella nostra Regione per gran parte delle esposizioni ambientali citate. Vi sono numerose esperienze specifiche limitate nello spazio (singole città o aree) e nel tempo (anni '90 o primo decennio 2000-2010), in alcuni casi non aggiornate, in altri mancanti del tutto, e manca una visione complessiva e completa dell'impatto sanitario dei rischi ambientali a livello regionale, e della conoscenza della localizzazione regionale dei principali problemi. In passato sono state usate stime nazionali o internazionali per documentare la rilevanza del problema, ma senza definire quantitativamente e puntualmente in modo corretto la dimensione regionale del rischio per la salute umana e animale per molti agenti ed inquinanti.

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 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.

Per i siti contaminati di interesse nazionale presenti in Regione (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.

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 più precisa.

Sul rumore vi sono state esperienze di studio degli effetti in aree aeroportuali (Progetti europeo 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 pericoli chimici, sono state identificate alcune aree soggette a contaminazione ambientale diffusa per la presenza di impianti industriali (fonderie di seconda fusione) altamente inquinanti. Il primo degli episodi ha coinvolto un'area della Bassa Val di Susa (provincia di Torino) e il secondo un'area con epicentro nel comune di Carisio (provincia di Vercelli). In entrambi i casi la contaminazione riguardava essenzialmente microinquinanti organici persistenti (diossine, furani e PCB diossina-simili) con ripercussioni sulla catena alimentare (latte e carni bovine). Le aree sono

state sottoposte a campagne annuali di biomonitoraggio per caratterizzare l'evoluzione spaziale e temporale del fenomeno. Tali campagne si sono affiancate e spesso integrate ai controlli previsti dal Piano Nazionale Residui e dal Piano Nazionale Alimentazione Animale.

A partire dal 2012 sono state avviate ulteriori campagne di controllo legate al Piano nazionale di monitoraggio dei contaminanti ambientali in alimenti di origine animale prodotti nei siti di interesse nazionale (PSIN): nella nostra Regione tali attività hanno riguardato i tre siti (Pieve di Vergonte nel 2012, Serravalle Scrivia e Basse di Stura di Torino nel 2013) ai quali è stata assegnata priorità maggiore per la specifica tipologia di inquinamento. I controlli hanno riguardato uova e latte caprino in aree definite sulla base di un raggio di 10 chilometri dal sito di interesse.

In sintesi la situazione che emerge dai controlli indica un'evoluzione estremamente positiva in Bassa Val di Susa, area in cui l'attività industriale è stata interrotta, e il permanere di criticità a Carisio dove però i problemi si limitano a produzioni zootecniche residuali (uova destinate all'autoconsumo). I controlli nelle aree circostanti i SIN non hanno messo in evidenza situazioni di rilevante contaminazione: in particolare nelle aree di Pieve di Vergonte e Serravalle sono stati identificati superamenti dei livelli di azione che non pregiudicano il consumo dei prodotti alimentari. Nell'area intorno alla Basse di Stura sono emersi alcuni superamenti dei limiti di legge in uova e latte caprino di allevamenti marginali: gli ulteriori controlli indirizzati al latte bovino di allevamenti adiacenti e potenzialmente a rischio hanno dato esito favorevole.

Sul versante dei pericoli fisici, tra il novembre 2013 e l'aprile 2014, nelle fasce altimetriche tra 400 e 1600 metri s.l.m., è stato condotto il monitoraggio animale della contaminazione da Cesio, nell'ambito del Piano nazionale concordato con le Regioni e le Province autonome. Il Piano è avviato attivato dopo il superamento delle tolleranze massime consentite dalle normative comunitarie per Cesio-137 (Raccomandazione 2003/274/CE), in cinghiali cacciati nella Valsesia. Scopo del Piano è il miglioramento della conoscenza del livello regionale di radioattività ambientale da cesio degli ecosistemi naturali e semi-naturali, quali foreste e superfici boschive, attraverso l'utilizzo di indicatori biologici, quali funghi, bacche e cinghiali selvatici. L'attività è stata concentrata nelle aree territoriali (ASL di VC e VCO, alto biellese, alto canavese e provincia di Torino) a maggiore contaminazione da radiocesio a seguito dell'incidente di Chernobyl del 1986. Per quanto riguarda i cinghiali, il controllo ha riguardato 67 campioni di cui 2 superanti i limiti del Reg Ce 737/90 nel territorio del VCO.

La collaborazione interistituzionale tra chi si occupa di ambiente e chi si occupa di salute, a partire dagli assessorati competenti e a finire con gli Enti e le Agenzie deputate alla tutela della salute e dell'Ambiente, necessita inoltre 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 e per lo sviluppo di modelli di indagine ambientale e sanitaria, con lo scopo di miglioramento dei sistemi di previsione e controllo.

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

Scarso è ancora, infine, il livello di conoscenza dei rischi legati alle componenti ambientali tra gli operatori sanitari, sia a livello generale, sia a livello locale, e necessita di un intervento strutturato a lungo termine di aggiornamento professionale metodologico e operativo.



## Inquinamento indoor

La qualità dell'ambiente indoor è un importante determinante di salute sia perché i livelli di inquinamento dell'aria indoor sono maggiori rispetto a quelli outdoor per numerose classi di inquinanti, sia per la prolungata permanenza della popolazione all'interno degli ambienti chiusi (fino al 90% del proprio tempo), e

per il fatto che i gruppi più vulnerabili trascorrono negli ambienti chiusi una percentuale di tempo anche più

elevata rispetto al resto della popolazione.

Si stima che in Europa l'inquinamento indoor sia responsabile del 4,6% delle morti per tutte le cause e del 31% delle inabilità espresse in DALY nei bambini da 0 a 4 anni di età (Valent et al., Lancet, 2004). Circa il 13% dei casi di asma dei bambini europei è correlabile a un eccesso di umidità negli edifici (2009 "WHO guidelines for indoor air quality: dampness and mould").

I servizi di prevenzione delle Asl, in particolare il Servizio Igiene e Sanità Pubblica, dedicano da sempre tempo e risorse al controllo dei rischi collegati all'ambiente indoor (domestico, strutture ricettive, scolastiche, socio-assistenziali, ricreative, carcerarie, ecc).

I rischi, attinenti la sicurezza strutturale ed impiantistica, la sicurezza e salubrità degli oggetti che vengono a contatto delle persone (vestiario, giocattoli, attrezzature di uso domestico, ecc.), l'inquinamento chimico, fisico e biologico, i comportamenti individuali e/o organizzativi, sono affrontati attraverso le tradizionali e consolidate attività di vigilanza e controllo (valutazioni progettuali, autorizzazioni, ispezioni, campionamento).

Tra queste attività, tuttavia si trovano pratiche ormai obsolete, difficilmente sostenibili e probabilmente inutili, da superare a favore di nuove modalità di prevenzione coerenti con i contenuti del PNP e basate sulla informazione della popolazione, formazione dei professionisti, promozione di buone pratiche, gestione del rischio.

## Esposizione ad agenti fisici: UV

L'esposizione eccessiva alla radiazione ultravioletta è stata riconosciuta come causa di problemi per la salute pubblica per la crescente numerosità delle persone che si espongono a scopo estetico, anche a radiazione ultravioletta di origine artificiale. L'incremento dell'esposizione è stato infatti riconosciuto da numerose ricerche come causa di patologie della cute anche gravi tra cui assume particolare rilievo il melanoma, tumore cutaneo con esiti potenzialmente severi che negli ultimi anni ha conosciuto un notevole aumento dell'incidenza in diverse aree geografiche tra cui anche il nostro paese (Fears 2011 – Colantonio 2013). Diversi studi epidemiologici hanno confermato il nesso causale tra l'aumentato rischio di tumori della pelle (melanoma e anche non melanoma) in soggetti esposti a radiazioni ultraviolette di origine artificiale, evidenziando anche la quota di tumori, in particolare melanomi, attribuibili ad esposizioni eccessive: recenti revisioni sistematiche e meta-analisi hanno stimato in un gruppo di paesi europei che ogni anno si verificano circa 3400 nuovi casi di melanoma di cui 795 mortali correlati all'uso degli apparecchi per l'abbronzatura artificiale (Boniol, 2012 – Erdmann 2013). In ogni caso, fin dall'anno 2009 l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha classificato le radiazioni ultraviolette di origine artificiale provenienti da lampade e lettini solari, come già in precedenza fatto per quelle di origine naturale, tra gli agenti di Gruppo 1, quelli ritenuti sicuramente cancerogeni per l'uomo (IARC 2009). L'OMS sconsiglia pertanto l'esposizione a radiazione ultraviolette di origine artificiale, ritenendo assodato che ogni esposizione aumenta il rischio di cancro della cute. Diversi studiosi e numerose società scientifiche internazionali (O'Sullivan 2014 – Pagoto 2014) propongono di bandire o quantomeno regolare fortemente l'esposizione a tali apparecchi soprattutto nei soggetti più giovani. Tali considerazioni hanno aumentato anche in Italia la consapevolezza circa la necessità di procedere ad interventi di regolazione dell'esposizione a tali apparecchiature. Nel nostro paese, nel 2011 è stata prevista, nell'ambito del nuovo Decreto Ministeriale n. 110/2011 di regolamentazione delle apparecchiature elettromeccaniche utilizzabili nei centri estetici, una scheda specifica (scheda tecnico-informativa n. 7) riferita alle caratteristiche ed alle modalità di esercizio dei solarium per l'abbronzatura

artificiale. Con tale norma, che costituisce indubbiamente un passo importante, sono stati introdotti divieti per alcune categorie di utenti (minori di 18 anni, fototipi sensibili ecc.) cautele particolari nell'uso e soprattutto limiti di riferimento per i requisiti tecnici degli apparecchi.

Tale norma, unitamente alle normative regionali già vigenti in Piemonte (DPGR n. 6/R del 7/4/2003), costituisce una buona base di riferimento per proseguire un programma sistematico di vigilanza negli esercizi di estetica/solarium finalizzato alla gestione del rischio specifico. In realtà l'esperienza sin qui acquisita ha messo spesso in evidenza incongruenze ed insufficienze nella documentazione tecnica disponibile, con riscontri di non corrette gestioni delle modalità di esposizione (in termini di tempi e dosi di esposizione consentite), e con una frequenti condizioni di non conformità tecnica delle apparecchiature abbronzanti determinanti possibili esposizioni a valori più elevati del consentito.

## Strategie

### Ambiente e salute

Potenziare la sorveglianza epidemiologica ambientale, il che può consentire la comprensione dettagliata dell'impatto dei vari determinanti ambientali nella nostra regione con valutazione territoriale degli impatti, a patto che sia accompagnata da dati di misura dell'esposizione sufficientemente completi.

Sul versante della Valutazione dell'Impatto sulla salute (VIS), diffondere ed applicare i principi di buona pratica della VIS nelle sedi istituzionali previste (procedure di VIA, VAS, AIA), aggiornando le conoscenze su metodi e strumenti disponibili.

Migliorare la collaborazione tra Istituzioni deputate alla difesa della salute e dell'ambiente, con definizione di piani di attività e collaborazione pluriennali ed approvazione di accordi interistituzionali.

Formare gli operatori del Sistema Sanitario Nazionale, delle Agenzie Regionali per l'Ambiente (ARPA), gli Amministratori provinciali e regionali sui rischi ambientali per la salute.

Riorientare i sistemi di vigilanza e controllo in base all'individuazione e sorveglianza dei rischi ambientali, sia in campo ambientale, sia in quello sanitario attraverso l'uso di campagne di biomonitoraggio animale e umano laddove necessario.

### Inquinamento indoor

Si intende sviluppare le seguenti strategie:

- Formare gli operatori del Sistema Sanitario Nazionale, delle Agenzie Regionali per l'Ambiente (ARPA), il personale scolastico, gli Amministratori e gli altri professionisti coinvolti (architetti, ingegneri, costruttori, ecc.) sulle buone pratiche per il miglioramento dell'ambiente indoor.
- Promuovere l'abbandono delle pratiche inutili e riorientare i sistemi di vigilanza e controllo in base alla graduazione del rischio, ridimensionando il tasso di ritualizzazione degli interventi ed elevando invece la capacità di cogliere i mutamenti e l'insorgere di nuovi rischi
- Supportare il quadro conoscitivo in relazione al rischio Radon.

### Esposizione ad agenti fisici: UV

È necessario definire un programma articolato di prevenzione che, pur scontando la difficoltà legata all'enorme numero di esercizi presenti nel territorio piemontese, dovrà comunque cercare di assicurare verifiche rappresentative della situazione nelle singole ASL. Appare quindi indispensabile garantire la prosecuzione dei controlli sinora svolti per le attività di vigilanza, già consolidate e programmate secondo le esigenze locali, nel contempo dovrà essere assicurato un controllo sistematico, concordato con la struttura preposta dell'ARPA, finalizzato alla misurazione

delle effettive emissioni delle apparecchiature presenti in almeno un centro estetico per ciascuna ASL della Regione.

Occorre però ricordare che la sola attività di vigilanza non è da ritenersi sufficiente per una prevenzione efficace in questo settore. Affinché si diffonda maggiormente tra gli utenti di questi centri estetici e tra gli stessi operatori la consapevolezza dei possibili rischi per la salute connessi all'utilizzo di queste apparecchiature, devono essere avviate attività di formazione ed educazione alla salute affinché, nell'ambito di un approccio al consumo più consapevole, possa essere assicurato il massimo rispetto delle condizioni di sicurezza. Quadro logico

---

## Quadro logico

### Ambiente e salute

#### Obiettivi centrali (nazionali)

1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"
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
3. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti
4. 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

#### Obiettivo specifico regionale

- Integrazione interistituzionale Ambiente-Sanità
- Piano pluriennale di monitoraggio e biomonitoraggio
- Potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale
- Miglioramento nella valutazione dell'impatto ambiente-salute a livello locale
- Formazione degli operatori

#### Programmi:

- **Disciplina della collaborazione ARPA-Sanità**
- **Pianificazione integrata degli obiettivi 2015/2018**
- **Sviluppo di linee guida e di indirizzo**
- **Percorso di formazione 2015/2018**

---

## Azioni 2014

### Livello regionale

- Costituzione di un gruppo di lavoro regionale di coordinamento Ambiente Salute con rappresentanze almeno dei settori regionali, ARPA, IZS e ASL e un ventaglio di professionalità tali da garantire un'adeguata valutazione del rischio

- Pianificazione e completamento delle attività di biomonitoraggio 2014 su aree a contaminazione nota da diossine e PCB diossino-simili e radionuclidi (TO, VCO, VC).
- Definizione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica 2015-2018 con obiettivi, compiti, cronoprogramma, risultati
- Avvio della ricognizione di atti di indirizzo / procedure esistenti e/o di casistiche significative finalizzato alla creazione di un data base delle buone pratiche e a razionalizzare le procedure di gestione
- Redazione di documento di indirizzo finalizzato a razionalizzare la partecipazione ASL ai tavoli locali di valutazione di impatto ambiente-salute (commissioni/conferenze di servizio, ecc.)
- Definizione di piano pluriennale di formazione 2015/2018

## Livello locale

- **Collaborazione ai tavoli di lavoro e alle iniziative regionali**

Il SISP parteciperà ai gruppi di lavoro regionali istituiti sulle tematiche di Ambiente e salute e in particolare al gruppo di lavoro regionale per la razionalizzazione e omogeneizzazione delle attività e delle procedure dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica . L'obiettivo è quello di perseguire una uniformità di comportamenti e procedure tra le diverse ASL e proporre linee-guida e protocolli operativi relativi alle attività di maggiore rilevanza.

Il Servizio veterinario collabora con il "Coordinamento tecnico regionale delle autorità competenti all'assunzione dei provvedimenti a tutela della salute pubblica e dell'ambiente", per l'area di Carisio (VC), istituito con Determinazione Reg. n. 887 del 17/11/2010 per il monitoraggio nell'area soggetta a contaminazione ambientale diffusa da microinquinanti organici persistenti (diossine, furani e PCB diossina-simili).

- **Attività di biomonitoraggio 2014**

Il Servizio veterinario proseguirà l'attività di sorveglianza dell'inquinamento ambientale da Diossine nel territorio di Carisio attraverso un prelievo di campioni ridotto rispetto agli anni precedenti e limitato al biomonitoraggio delle uova di allevamenti rurali presenti in un raggio di circa 5 Km per caratterizzare l'evoluzione spaziale e temporale del fenomeno.

Il SISP parteciperà al tavolo tecnico coordinato dalla Provincia di Vercelli che segue l'andamento della diffusione di microinquinanti nell'area di Carisio.

Il Servizio Veterinario manterrà anche un monitoraggio dei "cinghiali radioattivi", attraverso il prelievo di campioni di muscolo, ma limitatamente ai capi abbattuti nell'area più a rischio, escludendo pertanto le restanti zone ove il rischio di contaminazione delle carni, accertato nel corso dei precedenti piani di campionamento, è considerato pressoché nullo.

- **Supporto alle istituzioni locali attraverso la partecipazione a commissioni/conferenze di servizio/tavoli di lavoro**

Il SISP parteciperà attivamente ai lavori delle conferenze di servizi per autorizzazioni ambientali che rivestono rilevanza sanitaria, in particolare per emissioni in atmosfera, impianti a biogas, trattamento rifiuti. Altrettanto avverrà per le commissioni VIA.

Il Servizio Veterinario sarà impegnato in modo particolare nelle conferenze dei servizi chiamate a valutare la idoneità dei biodigestori che utilizzano SOA (Sottoprodotti Origine Animale) per produzione di energia verde, per un approccio integrato nell'applicazione della normativa ambientale con quella veterinaria di settore. Inoltre parteciperà al tavolo tecnico Provinciale, con il settore Ambiente della Provincia, l'ARPA ed il Comune di Carisio, per il monitoraggio nell'area soggetta a contaminazione ambientale diffusa con epicentro nel comune di Carisio.

- **Partecipazione alle iniziative di formazione**

Personale del SISP parteciperà attivamente a tutte le iniziative di formazione organizzate a livello regionale sui temi di interesse sanitario e ambientale.

Allo scopo di migliorare il livello di conoscenza dei rischi legati alle componenti ambientali tra gli operatori sanitari a livello locale, il Servizio Veterinario inserirà, fra le tematiche di sicurezza alimentare collegate a contaminanti ambientali, previste nel Piano Formativo Annuale 2014, un corso interno dal titolo "Contaminazione ambientale da diossine e radionuclidi e ricadute sulla sanità pubblica" rivolto a 50 fra Medici Veterinari, Medici igienisti e Tecnici della Prevenzione.

**Popolazione target** Operatori S.C. SISP, S.C. Servizio Veterinario, Enti, Popolazione Generale

### **Gruppo di lavoro:**

**Gabriele Bagnasco** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Marco Montafia** – S.C. Servizio Veterinario Area C

**Paolo Grandi** – S.C. Servizio Veterinario Area C

**Onesimo Vicari** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Francesco Cusotto** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

---

## **Quadro logico**

### **REACH-CLP**

#### **Obiettivi centrali (nazionali)**

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

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

#### **Obiettivo specifico regionale**

- Piano dei controlli regionali
- Progressiva autonomia dei DdP nell'attività dei controlli e campionamenti prevista dai Regolamenti comunitari REACH-CLP e conseguenti Piani Nazionali dei Controlli (PNC) e Piani Regionali dei Controlli (PRC)
- Aggiornamento delle competenze in base alle dead-line previste dai Regolamenti REACH-CLP e dei pilot projet proposti dall'ECHA, PNC e PRC

#### **Programmi:**

- Programma di controlli (campionamenti, attività ispettiva/sopralluoghi, audit)
- Sistema di segnalazione: sviluppo di una procedura collaborativa con i Servizi dei DdP
- Sperimentazione della tecnica dell'audit per la valutazione delle GMP nelle industrie di produzione cosmetici

- Formazione su temi specifici REACH-CLP

## Azioni 2014

### Livello regionale

- Corso di formazione per i Direttori dei Dipartimenti, dei Servizi e Referenti REACH-CLP di tutte le ASL
- Corso di formazione per operatori ASL in materia di cosmetici e rischio chimico in campo estetico
- Definizione procedure di campionamento secondo PNC 2014 (SISP e ARPA)
- Pianificazione attività di controllo

### Livello locale

#### **Controlli REACH**

- **Partecipazione dei referenti REACH alle attività pianificate dalla Regione Piemonte**

Personale del SISP, in particolare il tecnico individuato come referente REACH, parteciperà ai lavori del gruppo di controllo regionale in caso di verifiche programmate nel territorio dell'ASL VC.

#### **Produzione, importazione e commercializzazione di cosmetici**

- **Attività di vigilanza secondo le procedure consolidate, presso le nuove attività di produzione e/o importazione, presso i bazar e gli esercizi che presentano eventuali situazioni problematiche già conosciute.**

Il SISP, con il coordinamento del referente cosmetici, svolgerà attività di verifica del rispetto della normativa sui cosmetici da parte delle ditte produttrici/importatrici presenti nel territorio di competenza.

- **Esecuzione di campionamenti indicati dalla programmazione regionale SISP**

A seguito delle esperienze maturate negli anni precedenti sono programmati 2 campionamenti di cosmetici presso esercizi di vendita scelti in base a criteri di maggior probabilità di rischio di riscontro di prodotti non conformi.

- **Partecipazione alle iniziative di formazione**

Personale del SISP parteciperà a corsi di formazione regionale su cosmetici e attività di cura del corpo.

Il Servizio organizzerà di propria iniziativa un evento formativo su Cosmesi e salute con partecipazione di esperti di diversa professionalità provenienti anche da altre regioni.

#### **Tatuaggio e piercing e pratiche correlate**

- **Attività di vigilanza secondo le prassi consolidate, presso gli esercizi di tatuaggio e presso produttori, distributori e importatori**

Tutti gli esercizi di tatuaggio attivi vengono controllati annualmente, così come vengono valutati tutti quelli di nuova apertura. Analogamente viene svolta attività di vigilanza in caso di allerta a seguito di riscontro di utilizzo di preparati pericolosi.

- **Esecuzione di campionamenti indicati dalla programmazione regionale SISP**

L'attività di campionamento è resa difficile a causa degli scarsi quantitativi di prodotti utilizzati dagli esercizi di piccole dimensioni e con attività spesso saltuaria, presenti nel territorio; si ha in programma l'esecuzione di 1 campionamento di pigmento.

**Popolazione target**

Operatori S.C. SISP, Enti, Popolazione Generale

**Gruppo di lavoro:**

**Onesimo Vicari** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Francesco Cussotto** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Alberto Russo** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Gabriele Bagnasco** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

---

## Quadro logico

### Amianto

**Obiettivo centrale (nazionale)**

Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione

**Obiettivo specifico regionale**

- Formazione
- Controllo delle fonti di esposizione a seguito di segnalazione

**Programmi:**

- **Formazione degli operatori**
- **Informazione della popolazione**
- **Gestione integrata delle problematiche relative all'amianto**

---

## Azioni 2014

### Livello regionale

- Corso di formazione rivolto ai tecnici comunali per l'apertura di sportelli comunali sull'amianto aperti alla popolazione
- Corso di formazione rivolto a tecnici professionisti
- Corso di formazione rivolto agli operatori ASL
- Autorimozione modeste quantità di amianto in matrice cementizia o resinoida
- Incontri informativi scuole

## Livello locale

- **Attuazione della DGR sulla gestione di esposti-segnalazioni relativi a coperture in amianto (SISP)**

Il Servizio collabora con i Comuni e con ARPA per la valutazione del rischio di esposizione seguendo il protocollo operativo definito dalla norma regionale.

Si concorderà con ARPA di procedere a verifica congiunta delle situazioni segnalate.

- **Attuazione della DGR su rimozione e smaltimento di modeste quantità di amianto (SISP)**

Il Servizio ha iniziato a gestire le procedure relative in conformità con le indicazioni regionali.

Al fine di semplificare gli adempimenti da parte degli utenti e dare maggiore diffusione all'argomento si provvederà a pubblicare sul sito aziendale le modalità di comportamento e la modulistica relativa.

### Popolazione target

Operatori S.C. SISP, Enti, Popolazione Generale

### Gruppo di lavoro

**Gabriele Bagnasco** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Francesco Cussotto** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Alberto Russo** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Alessandro Lazzaroni** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Trentonci** – ARPA Piemonte

---

## Quadro logico

### Inquinamento indoor

#### Obiettivo centrale (nazionale)

- Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon

#### Obiettivo specifico regionale

- Promuovere buone pratiche in materia di sicurezza e qualità dell'ambiente indoor
- Vigilanza in ambienti destinati alla popolazione vulnerabile

#### Programmi:

- **Gestione del rischio radon**
- **Formazione dei tecnici progettisti sulle buone pratiche in materia di edilizia anche attraverso la redazione di documenti tecnici / linee di indirizzo per la progettazione degli edifici**
- **Riduzione di procedure obsolete**



## Azioni 2014

### Livello regionale

- Partecipazione ai lavori del gruppo nazionale "inquinamento indoor"
- Revisione delle attività routinarie in relazione alla utilità e all'efficacia
- Indirizzi operativi per la eliminazione/rimodulazione delle pratiche obsolete.
- Definizione criteri di valutazione delle conoscenze legate alla mappatura del radon effettuata da ARPA (v. legge reg. 5/2010) al fine di produrre linee guida

### Livello locale

- **Attività di informazione e assistenza su richiesta dei tecnici e della cittadinanza**
- **Attività di vigilanza secondo le procedure consolidate (programma annuale di vigilanza e controllo) presso le strutture sociosanitarie, scolastiche, ricettive, carcerarie, alloggi insalubri, strutture sportive e ricreative (vedi scheda di programmazione in allegato):**

Il SISP svolge attività programmata di controllo di tutti gli impianti natatori con campionamenti periodici delle acque di balneazione;

- partecipa attivamente ai lavori della Commissione di vigilanza aziendale sulle strutture socio-assistenziali e sanitarie;

- esegue i previsti sopralluoghi presso le strutture carcerarie; esegue sopralluoghi presso tutte le nuove attività ricettive, sportive, sanitarie, estetiche; esegue sopralluoghi su richiesta per inconvenienti igienici/abitazioni insalubri.

### Popolazione target

Operatori S.C. SISP, Enti, Popolazione Generale

### Gruppo di lavoro:

**Gabriele Bagnasco** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Onesimo Vicari** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Francesco Cussotto** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Alberto Russo** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Alessandro Lazzaroni** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

---

## Quadro logico

### Esposizione ad agenti fisici: UV

#### Obiettivo centrale (nazionale)

- Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani ed i giovanissimi ed i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV

#### Obiettivo specifico regionale

- Gestione del rischio UV negli esercizi di estetica / solarium

#### Programmi:

- **Vigilanza presso i centri di estetica / solarium**
- **Controlli strumentali sulle apparecchiature UV**
- **Avvio attività educazione alla salute sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV**

---

## Azioni 2014

### Livello regionale

- Condivisione con ARPA Piemonte di un piano di controllo sistematico che preveda la verifica annuale di un numero predefinito di esercizi di estetica e solarium e, nel contempo, il rispetto delle prescrizioni di cui alla scheda n. 7 del Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico n. 110 del 12.05.2011
- Avvio sperimentazione attività formative/informative rivolte alla popolazione generale

### Livello locale

#### *Vigilanza presso centri di estetica*

- **Prosecuzione delle attività di vigilanza presso i centri di estetica da parte di tutte le ASL regionali, secondo le procedure consolidate, al fine di stimolare gli estetisti a sviluppare e mantenere comportamenti gestionali corretti a tutela della salute pubblica.**

Tutti i centri di estetica di nuova apertura saranno visitati al fine di verificare il rispetto delle specifiche normative.

#### Popolazione target

Operatori S.C. SISP, Enti, Popolazione Generale

#### Gruppo di lavoro

**Francesco Cussotto** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Alberto Russo** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Alessandro Lazzaroni** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

## 7. Infezioni/malattie infettive prioritarie

### Razionale e modello logico

Lo specifico capitolo del PNP sintetizza le ragioni per cui l'obiettivo di ridurre la frequenza di infezioni e malattie infettive abbia ancora rilevanza per la salute pubblica.

Gli ambiti di intervento prioritari sono numerosi e il PNP riunifica in un unico obiettivo atti di programmazione e di indirizzo emanati negli scorsi anni e riguardanti gli specifici problemi:

- l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita
- la sorveglianza delle malattie batteriche invasive oggetto di vaccinazione
- la sorveglianza e la prevenzione dell'HIV e delle Infezioni sessualmente trasmesse
- il controllo della tubercolosi
- la sorveglianza delle zoonosi
- la conoscenza e il contrasto al fenomeno della antibiotico-resistenza
- la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
- la preparazione per la risposta alle emergenze infettive

### Fattori di rischio, determinanti e strategie

Per la identificazione delle strategie di azione i fattori di rischio e i determinanti vengono così classificati:

- esposizione all'agente etiologico
- presenza di soggetti suscettibili
- comportamenti e atteggiamenti individuali
- comportamenti degli operatori sanitari nelle attività di sorveglianza e prevenzione
- comportamenti degli operatori sanitari nelle pratiche cliniche e assistenziali
- vulnerabilità alle emergenze infettive.

Le strategie fondamentali cui ispirare le azioni di prevenzione sono, di conseguenza:

- La sorveglianza epidemiologica rivolta sia alle malattie che ai determinanti e alla valutazione d'impatto della prevenzione. Per consentire la piena realizzazione di questa strategia molta attenzione deve essere dedicata all'adeguato sviluppo dei sistemi informativi
- Gli interventi di prevenzione intesi come un complesso integrato di azioni: informazione, profilassi, diagnosi, immunizzazione, terapia, monitoraggio degli esiti e degli eventi avversi
- L'organizzazione delle emergenze infettive per migliorare il livello di preparazione dell'intero sistema sanitario
- La comunicazione per la popolazione e la formazione degli operatori
- Il coordinamento e l'integrazione funzionale tra i vari livelli istituzionali
- L'attenzione alle persone a rischio e alle problematiche legate alla crescita della povertà e ai fenomeni migratori.

Sulla base di questo impianto logico sono stati definiti 13 obiettivi centrali che sono stati utilizzati come base per la identificazione degli obiettivi del Piano regionale

In linea generale la maggior parte degli obiettivi indicati dal PNP corrispondono a linee di azione già avviate nella nostra regione di cui si propone ora la prosecuzione e il consolidamento.

Per rendere omogenea la presentazione degli obiettivi regionali alcuni obiettivi centrali sono stati accorpati. Le azioni riguardanti il coordinamento delle emergenze infettive e la promozione di campagne di informazione della popolazione sull'uso degli antibiotici, costituiscono azioni centrali e, come tali, non vengono trattate in dettaglio in questa sede.

## Quadro logico regionale

<b>1. Obiettivo centrale (nazionale)</b>	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie		
<b>Obiettivo specifico regionale</b>	Identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per la tubercolosi	Migliorare la sorveglianza integrata di morbillo e rosolia	Mantenere il livello di attività di sorveglianza delle malattie batteriche invasive
<b>Programmi</b>	<b>Mantenimento degli standard diagnostici attuali per la tubercolosi</b>	<b>Aumentare la qualità delle diagnosi con conferma dei casi mediante test di laboratorio</b>	<b>Garantire le attività di sorveglianza delle MIB regionale curando la partecipazione attiva dei laboratori</b>

### Azioni 2014

#### Livello regionale

Coordinare le attività regionali di diagnostica tubercolare, curando la relativa qualità e completezza del sistema informativo

#### Livello locale

- **Promuovere a livello locale l'esecuzione dei test diagnostici per l'identificazione e caratterizzazione della TB e gestione del relativo flusso e sistema informativo**

I test diagnostici promossi dal SISP sono rivolti in primo luogo alla rilevazione dell'infezione tubercolare latente (ITBL) nei contatti di malati o in altri gruppi a rischio.

In quest'ambito il test di riferimento è il test di Mantoux che viene effettuato dai laboratori di analisi, ambulatorio di pneumologia, e in caso di malattia con molti esposti (p.e. scuola), anche dal personale del SISP.

I casi positivi vengono ulteriormente indagati sia per escludere malattia in atto (rx torace), sia con test IGRA, per eventuale profilassi.

Il flusso informativo dal laboratorio, a cura della referente è costante per le tbc e micobatteriosi e compone un adeguato sistema di controllo incrociato con le schede che pervengono dai reparti ospedalieri.

Per il SISP sarebbe interessante visualizzare i risultati del test batterioscopico direttamente dal sistema gestionale aziendale, in modo da avere un ulteriore controllo ed evitare che si perdano casi.

Nell'ambito della gestione dell'infezione tubercolare il Laboratorio di Microbiologia gestisce nel suo complesso la diagnostica delle micobatteriosi, dall'esecuzione dell'indagine batterioscopica a quella colturale con doppio terreno, (liquido con metodica MGIT e solido), fino all'allestimento dei test di chemiosensibilità di 1° livello e all'identificazione di specie con tipizzazione biomolecolare. L'indagine batterioscopica viene eseguita in giornata ed il risultato immediatamente inserito nel gestionale aziendale e reso disponibile al reparto. Qualora si evidenziasse la presenza di batteri alcool-acido resistenti (BAAR), il risultato viene contestualmente comunicato telefonicamente.

Il Laboratorio di Microbiologia si fa inoltre carico della processazione delle provette per l'esecuzione del test che valuta il rilascio di interferon gamma in soggetti precedentemente sensibilizzati (QuantiFERON-TB Gold), provvedendo all'invio delle stesse presso la S.C. di Microbiologia della AOU di Novara (vedi obiettivo 4). All'isolamento di un micobatterio fa seguito l'immediata segnalazione, previa compilazione dell'apposita scheda, alla Direzione Sanitaria per la trasmissione al SISP

## Azioni 2014

### Livello regionale

Coordinare le attività del piano regionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita

### Livello locale

- **Promuovere a livello locale l'esecuzione dei test diagnostici e gestione del relativo flusso e sistema informativo**

Il SISP fa in modo che i casi segnalati di morbillo e di rosolia, vengono sottoposti a prelievo per il dosaggio contemporaneo di anticorpi anti-morbillo e anti-rosolia per accertare la natura dell'infezione.

Sono programmati incontri con i consultori aziendali per promuovere l'esecuzione dei test rubeolici pre-gravidanza soprattutto per le donne straniere, in modo da poterle vaccinare se necessario.

Continuerà la collaborazione con i reparti di ostetricia per vaccinare le donne non immuni nel post-partum.

Presso il Laboratorio di Analisi vengono eseguite, con metodiche sierologiche di riferimento, le indagini per l'infezione rubeolica (popolazione in generale e monitoraggi in gravidanza), con studio dell'avidità degli anticorpi IgG per datare un'eventuale infezione congenita. Ogni condizione sierologica che possa inquadrare un'infezione rubeolica acquisita in gravidanza rientra fra le condizioni di "valori critici" che vengono immediatamente comunicati al medico prescrittore per gli approfondimenti clinici del caso.

Gli screening sierologici per altre infezioni prevenibili da vaccino vengono eseguiti, grazie alla collaborazione sinergica, dalla S.C. di Microbiologia della AOU di Novara.

## Azioni 2014

### Livello regionale

Coordinamento e monitoraggio della sorveglianza MIB regionale

Realizzazione di eventi formativi e aggiornamenti su MIB

### Livello locale

- **Segnalazione da parte dei medici ospedalieri e conferma della diagnosi da parte dei**

### **laboratoristi**

Presso il SISP alla segnalazione del laboratorio locale, supportata dalla tipizzazione del Laboratorio di riferimento, non corrisponde una segnalazione costante da parte dei medici ospedalieri, se non per le patologie percepite come più rare (meningiti).

Dev'essere incrementata da parte del SISP l'indagine epidemiologica nei casi in cui manca la segnalazione da reparto.

Il Laboratorio di Microbiologia si pone come osservatorio privilegiato per sorvegliare e monitorare sia gli isolamenti batterici, fungini e protozoari, sia il loro profilo di chemiosensibilità. Grazie a questo monitoraggio attivo vengono tempestivamente evidenziati e segnalati isolamenti "alert" che inducono a sospettare una condizione epidemica o iper-endemica e a darne tempestiva comunicazione al CIO, per quanto attiene la problematica ospedaliera e al SIPS per le problematiche attinenti il territorio. Alle segnalazioni fatte singolarmente segue poi una reportistica (profili germi sentinella ed antibiotici), che consente una valutazione degli ecosistemi locali.

Sulla base delle indicazioni regionali viene rispettato il flusso informativo al Centro di Riferimento Regionale (SeREMI), con l'invio dei ceppi individuati al Laboratorio di Riferimento per approfondimenti diagnostici e sierotipizzazioni.

### **Soggetti/Servizi attuatori**

SEREMI; Clinici e Referenti microbiologi delle ASL/ASO

### **Popolazione target**

Soggetti segnalati per TB; Soggetti notificati per morbillo/rosolia; Soggetti notificati per MIB; Popolazione piemontese

### **Gruppo di lavoro**

**Virginia Silano** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Fulvia Milano** – S.C. Laboratorio Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia

**Paolo Conti** – S.C. Pneumologia

**Silvio Borrè** – S.C. Malattie infettive

**Gabriele Bagnasco** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

## **Quadro logico regionale**

<b>2. Obiettivo centrale (nazionale)</b>	Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce
<b>Obiettivo specifico regionale</b>	Sorveglianza polio: mantenere un'alta sensibilità e specificità del sistema di sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute
<b>Programmi</b>	<b>Aumentare l'attenzione dei clinici e laboratoristi; mantenere l'attitudine alla segnalazione dei casi, raccolta campioni, analisi di laboratorio e invio laboratorio di riferimento nazionale</b>

## **Azioni 2014**

### **Livello regionale**

Conduzione della sorveglianza attiva basata sui laboratori, coordinamento e supporto per la gestione dei campioni, incremento dell'attività di ritorno informativo e formazione dedicata

## Livello locale

### Prosecuzione delle attività di segnalazione dei casi di AFP ricoverati, partecipazione alle attività

Aggiornamento quindicinale del database dedicato alla Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute (AFP) con segnalazione di eventuali casi di paralisi flaccida diagnosticati e invio dei campioni biologici al laboratorio di riferimento nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità, verifica dell'esito delle paralisi flaccide.

Il SISP verifica stato vaccinale dei casi su richiesta del SeREMI.

### Soggetti/Servizi attuatori

SeREMI; Referenti dei Reparti di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile dei PO delle ASL e delle ASO; Laboratorio di riferimento nazionale dell'ISS

### Popolazione target:

Popolazione regionale

### Gruppo di lavoro

**Paolo Rasmini** – S.C. Neuropsichiatria infantile

**Elena Uga** - S.C. Pediatria

**Virginia Silano** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

## Quadro logico regionale

<b>3. Obiettivo centrale (nazionale)</b>	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile
<b>Obiettivo specifico regionale</b>	Prosecuzione dell'informatizzazione dei sistemi informativi regionali delle malattie infettive
<b>Programmi</b>	<b>Mantenimento della gestione informatizzata del sistema di notifica obbligatoria delle malattie infettive (DI. 90)</b> <b>Sviluppo dell'informatizzazione di sorveglianze speciali</b> <b>Sviluppo di nuove funzionalità nella piattaforma di segnalazione delle malattie infettive</b>

## Azioni 2014

### Livello regionale

Gestione del nodo regionale della piattaforma

Realizzazione e test dei sistemi speciali di sorveglianza dedicati alle malattie da importazione trasmesse da artropodi

Realizzazione e sperimentazione dell'interfacciamento della piattaforma di segnalazione delle malattie infettive all'Anagrafe unica regionale assistiti (AURA)

## Livello locale

- **Gestione del nodo locale della piattaforma**

Il nodo locale della piattaforma di gestione informatizzata del sistema di notifica obbligatoria delle malattie infettive è gestito da operatori del SISP, di cui alcuni recentemente formati, che collaborano anche al sistema informatizzato per le MTA, in modo da ridurre le perdite di informazioni

- **Test e adozione delle nuove sorveglianze speciali e funzionalità del sistema informatico**

Adozione ed utilizzo dell'interfacciamento con AURA e, quando si attivano, è prevista l'adozione delle sorveglianze speciali

### Soggetti/Servizi attuatori

Settore Servizi Informativi Sanitari, SEREMI, ASL

### Popolazione target

Popolazione regionale

### Gruppo di lavoro

**Virginia Silano** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Gabriele Bagnasco** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

## Quadro logico regionale

<b>4. Obiettivo centrale (nazionale)</b>	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)		
<b>Obiettivo specifico regionale</b>	Controllo della diffusione della malattia tubercolare	Controllo della diffusione delle MST	Controllo della diffusione dell'HIV
<b>Programmi</b>	<b>Elaborazione di un documento di indicazioni regionali per la ricerca e il trattamento della ITBL tra i contatti di caso di TB</b>	<b>Mantenimento delle attività della rete regionale dedicata alla diagnosi, cura e prevenzione delle MST</b>	<b>Mantenimento delle attività di sorveglianza regionale dei nuovi casi di infezione da HIV</b>

### Livello regionale

Emanazione di un documento regionale di indicazioni per la ricerca e il trattamento della ITBL tra i contatti di caso di TB



## Livello locale

- **Adozione delle indicazioni regionali per la ricerca e il trattamento della ITBL tra i contatti di caso di TB**

Il SISP e l'Ambulatorio di Pneumologia attuano le indicazioni regionali per la ricerca e il trattamento delle infezioni tubercolari latenti (ITBL) tra i contatti di casi di tbc. In particolare l'ambulatorio di Pneumologia collabora con il Servizio del Medico competente per la ricerca di ITBL in contatti di casi collegati a più reparti ospedalieri.

I referenti SISP e Pneumologo Clinico per la tubercolosi hanno collaborato con osservazioni al documento di indicazioni regionali in corso di elaborazione.

### Soggetti/Servizi attuatori

Settore Prevenzione e Veterinaria; SEREMI; ASL/ASO; SISP; Pneumologia

## Azioni 2014

### Livello regionale

Attività di coordinamento della rete dei Centri MST regionale e dei flussi informativi della sorveglianza IST

## Livello locale

- **Prosecuzione delle attività di prevenzione, diagnosi e cura delle IST presso i Centri**

- Attività di prevenzione attuato sia a livello del centro Malattie sessualmente trasmesse - MST e dell'ambulatorio HIV con attività di counselling, screening dei conviventi e promozione dell'effettuazione di test anche in anonimato (cosiddetto numero verde AIDS).

- Attività di promozione della salute nel setting scuola con progetti coinvolgenti diverse figure professionali e facenti capo ai consultori e alla SC Psicologia con la costante collaborazione della SC Malattie Infettive. In particolare è attualmente in corso un progetto che prevede la formazione di insegnanti delle scuole superiori e la possibilità di accompagnare in consultorio gli studenti per una informazione più partecipata con domande agli esperti. Sono previsti interventi diretti di infettivologi in alcuni Istituti Superiori di Vercelli e della Valsesia.

- Diagnosi e cura delle Infezioni sessualmente trasmesse - IST presso il Centro MST

- Diagnosi e cura delle epatiti acute e croniche da contagio sessuale con particolare attenzione alle nuove strategie terapeutiche.

- Invio dati (n di visite, caratteristiche della popolazione afferente, patologie diagnosticate, fattori di rischio) alla rete dei centri coordinata dalla Regione e dal SEREMI di Alessandria

- Partecipazione a studio epidemiologico sulla diffusione dell'infezione da HPV per la valutazione dell'impatto della vaccinazione

### Soggetti/Servizi attuatori

SEREMI; Centri MST

## Gruppo di lavoro

**Maria Esposito** – S.C. Malattie infettive

**Mario Gobber** – S.C. Malattie infettive

**Bianca Bianchi** - S.C. Malattie infettive

**Silvio Borrè** - S.C. Malattie infettive

---

## Azioni 2014

---

### Livello regionale

Gestione del sistema di sorveglianza dedicato all'infezione da HIV

### Livello locale

- **Attività di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV da parte dei Centri di Malattie Infettive**

- Attività di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV da parte del Centro di Malattie Infettive con prelievo in anonimato (vedasi cosiddetto "Numero Verde AIDS" già in uso da diversi anni).
- Attività di counselling nell'ottica della prevenzione di nuovi contagi.
- Aggiornamento delle nuove infezioni in collaborazione con il Seremi.
- Impostazione di terapie ARV e seguente monitoraggio ambulatoriale.
- Counselling per qualsiasi problematica del paziente HIV.

### Soggetti/Servizi attuatori

SEREMI; Centri Malattie Infettive

### Popolazione target

Popolazione piemontese - Popolazione sessualmente attiva presente in Piemonte - Popolazione sessualmente attiva presente in Piemonte

### Gruppo di lavoro

**Mario Gobber** – S.C. Malattie infettive

**Silvio Borrè** - S.C. Malattie infettive

---

## Quadro logico regionale

<b>5. Obiettivo centrale (nazionale)</b>	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)
<b>Obiettivo specifico regionale</b>	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli MMG e PDLs
<b>Programmi</b>	<b>Estensione dell'accesso alla piattaforma di segnalazione delle malattie infettive da parte dei MMG e PDLs</b>

### Azioni 2014

#### Livello regionale

Realizzazione e sperimentazione di un sistema di segnalazione integrato nel portale regionale dedicato ai MMG e PDLs

#### Soggetti/Servizi attuatori

SEREMI; ASL; MMG e PLS

#### Popolazione target

Popolazione regionale

## Quadro logico regionale

<b>6. Obiettivo centrale (nazionale)</b>	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)
<b>Obiettivo specifico regionale</b>	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali delle ASL piemontesi
<b>Programmi</b>	<b>Consolidare l'uso delle informazioni disponibili nelle anagrafi già connesse al sistema regionale. Proseguire con il completamento della rete (ancora una ASL mancante)</b>

### Azioni 2014

#### Livello regionale

Attività di coordinamento del progetto, manutenzione del sistema informativo regionale, monitoraggio sulle azioni dell'ASL in ritardo. Sperimentazione d'uso dell'archivio a fini di supporto alla gestione e di monitoraggio d'impatto delle campagne

#### Livello locale

- **Prosecuzione delle attività di gestione dell'anagrafe, utilizzo dell'anagrafe per il monitoraggio delle coperture**

Nonostante alcune difficoltà persistenti nell'utilizzo quotidiano, anche legate alla presenza di

alcune sedi vaccinali non in rete, l'anagrafe vaccinale informatizzata è lo strumento cardine per il monitoraggio delle coperture.

Da alcuni anni è utilizzata regolarmente in connessione al sistema informativo regionale.

#### Soggetti/Servizi attuatori

SEREMI; ASL

#### Popolazione target

Popolazione regionale

#### Gruppo di lavoro

Virginia Silano - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Gabriele Bagnasco - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

## Quadro logico regionale

<p><b>7. Obiettivo (nazionale)</b> <span style="float: right;"><b>centrale</b></span></p>	<p>Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)</p> <p>Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione</p>
<p><b>Obiettivo specifico regionale</b></p>	<p>Consolidare le attività di promozione dell'offerta vaccinale Migliorare la comunicazione interna in tema di prevenzione delle infezioni</p>
<p><b>Programmi</b></p>	<p><b>Audit regionale sulle attività vaccinali</b> <b>Piano per la comunicazione interna</b></p>

## Azioni 2014

### Livello regionale

Attività di coordinamento, pianificazione e conduzione dell'audit, progettazione attività di comunicazione interna

### Livello locale

- **Prosecuzione delle attività vaccinali, partecipazione all'audit, pianificazione locale della comunicazione**

Le attività vaccinali presso i servizi vaccinali della ASL VC proseguono regolarmente attuando i Piani Vaccinali Nazionale e Regionale con buoni risultati in termini di coperture, rispetto alla media regionale.

L'ASL VC non è stata interessata dalla prima fase dell'audit, a cui parteciperà in seguito.

Le attività di comunicazione in questo campo sono in parte oggetto di una procedura specifica che prevede forma e numero degli inviti ai soggetti da vaccinare, interventi e colloqui personali.

Inoltre vengono inviate comunicazioni ai MMG e PLS in merito a vaccinazioni, malattie prevenibili mediante vaccinazione e situazioni specifiche del territorio (piccole epidemie di morbillo, ecc.).

I PLS vengono incontrati regolarmente in equipe per aggiornamenti in materia di vaccinazioni e malattie infettive e la campagna antinfluenzale prevede sempre un incontro con i MMG-PDLS

#### Soggetti/Servizi attuatori

SEREMI; ASL e ASO

#### Popolazione target

Popolazione regionale

#### Gruppo di lavoro

Virginia Silano - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Gabriele Bagnasco - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

## Quadro logico regionale

<b>8. Obiettivo centrale (nazionale)</b>	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
<b>Obiettivo specifico regionale</b>	Migliorare la sensibilità e la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
<b>Programmi</b>	<b>Realizzazione di un sistema informatizzato di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) esteso a livello regionale</b>

## Azioni 2014

### Livello regionale

Adozione regionale del sistema informatizzato di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)

Estensione del sistema di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) alle Unità prevenzione Rischio Infettivo degli ospedali regionali.

### Livello locale

- Adozione locale e utilizzazione del sistema informatizzato di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)**

È stata individuata la SS Prevenzione e Controllo Infezioni Ospedaliere e Territoriali per l'inserimento dei dati relativi al riscontro di infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) nei pazienti ricoverati nel sistema informatizzato di sorveglianza.

Sulla piattaforma GEMINI sono consultabili i dati inseriti dalla direzione sanitaria per eventuali usi futuri.

Qualora il Laboratorio di Microbiologia isoli un ceppo CPE (fenotipicamente confermato) responsabile di infezione invasiva, il risultato viene immediatamente comunicato al Reparto (il dato rientra infatti nel novero dei "risultati critici" per i quali si richiede una comunicazione immediata al clinico) e copia del referto viene inviata al CIO per l'inserimento dei dati nel gestionale regionale.

Si premette che l'assenza di un progetto quantomeno regionale di contenimento della diffusione di

patogeni multi drug resistant (MDR) rende vano ogni tentativo a livello locale (politica degli antibiotici, isolamento funzionale/strutturale di colonizzati/infetti). Si è deciso di restringere ulteriormente l'accesso prescrittivo a molecole inducenti le resistenze: i carbapenemi potranno essere prescritti solo dopo consulenza infettivologica, invariata la scheda motivata per la prescrizione di cefalosporine III IV V generazione

Tenuto conto dei differenti livelli di rischio per la diffusione di colonizzazione/infezione si ritiene opportuno definire il protocollo per il ricovero in rianimazione di pazienti provenienti da altri ospedali e case lungo degenza atto a ridurre la contaminazione cutanea e dei presidi terapeutici, prelievi per definire lo stato di colonizzato. Definizione del percorso del paziente colonizzato/infetto alla dimissione dalla rianimazione

### Soggetti/Servizi attuatori

SEREMI; Unità prevenzione Rischio Infettivo degli ospedali regionali, ASL/ASO

### Popolazione target

Popolazione regionale –

### Gruppo di lavoro

**Scipione Gatti** – S.C. Direzione medica di presidio/S.S. Prev CIO

**Fulvia Milano** – S.C. Laboratorio Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia

**Silvio Borrè** – S.C. Malattie infettive

## Quadro logico regionale

<b>9. Obiettivo centrale (nazionale)</b>	Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
<b>Obiettivo regionale specifico</b>	Monitorare il consumo regionale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale finalizzato al contrasto delle antibiotico resistenze
<b>Programmi</b>	<b>Avviare la progettazione di un sistema di monitoraggio sul consumo regionale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale finalizzato al contrasto delle antibiotico resistenze</b>

## Azioni 2014

### Livello regionale

Rilevazione e valutazione dei bisogni informati necessari a livello regionale

Identificazione delle fonti informative disponibili e loro possibili utilizzi per il disegno di un sistema di monitoraggio

### Soggetti/Servizi attuatori

Settore Farmaceutica Ospedaliera E Territoriale; Settore Servizi Informativi Sanitari; Settore Prevenzione E Veterinaria; Seremi

### Popolazione target

Popolazione piemontese

## Quadro logico regionale

<b>10. Obiettivo (nazionale)</b>	<b>centrale</b>	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza
<b>Obiettivo regionale</b>	<b>specifico</b>	Mantenere e migliorare la gestione dei flussi informativi sulle antibiotico resistenze
<b>Programmi</b>		<b>Revisione e informatizzazione delle schede dedicate alla rilevazione annuale di antibioticoresistenza da parte delle Unità di Prevenzione del Rischio Infettivo degli ospedali</b>

### Azioni 2014

#### Livello regionale

Revisione schede, informatizzazione e test

#### Livello locale

- **Partecipazione al test di almeno due UPRI cui fa capo di più di un ospedale/presidio**

L'approccio al problema ed al conseguente contenimento dell'antibiotico resistenza e dei suoi trend riconosce un approccio multidisciplinare.

Per quanto riguarda l'azione dell'infettivologo si sottolinea ancora una volta la centralità di questa figura nella lotta all'antibioticoresistenza. A tal fine si ribadisce che sarà l'infettivologo a prescrivere i carbapenemi. A riguardo delle cefalosporine di III-IV e V generazione saranno rese indisponibili tali molecole in assenza di una precisa e motivata richiesta.

Particolare attenzione sarà posta poi alla posologia dei glicopeptidi per il contenimento della MIC 'Creep' per Stafilococchi.

Il Laboratorio di Microbiologia provvede alla mappatura dei profili degli "*alert organism*" già oggetto di sorveglianza epidemiologica negli scorsi anni, andando ad evidenziare quelli di più recente segnalazione, quali gli enterobatteri (soprattutto *K. pneumoniae*) produttori di carbapenemasi, metallo-betalattamasi e degli isolamenti clonali di ceppi ESBL produttori con perdita di porine di membrana.

Per questi ceppi, segnalati in tempo reale al reparto, infettivologo e al Responsabile S.S. Infezioni Ospedaliere, vengono allestiti test di conferma fenotipica per la definizione dei meccanismi alla base della perdita di sensibilità ai carbapenemi e si stanno allestendo test "in vitro" per lo studio di sinergismi farmacologici nel caso dell'isolamento di ceppi batterici MDR. I test fenotipici dei ceppi di enterobatteri produttori di carbapenemasi recepiscono gli ultimi indirizzi forniti dal comitato scientifico CoSA e consentono di discriminare ceppi KPC, MBL e produttori di OXA, fornendo in tal senso dati aggiornati sia alla Regione che all'ISS.

Il Laboratorio di Microbiologia produce, in collaborazione con il CIO un documento sul trend semestrale delle resistenze per gli "*alert organism*" ed un documento conclusivo alla fine dell'anno.

#### Soggetti/Servizi attuatori

SEREMI; UPRI; Partecipanti al Gruppo di Lavoro Infezioni Correlate all'Assistenza- GLICA

#### Gruppo di lavoro

**Silvio Borrè** – S.C. Malattie infettive

**Fulvia Milano** – S.C. Laboratorio Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia

## 8. Sicurezza alimentare

### Razionale e modello logico

Migliorare la qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e le garanzie di tutela della salute dei consumatori sono obiettivi chiave dei programmi di sicurezza alimentare. Tali programmi, dovendo perseguire obiettivi più generali di garanzia della leale concorrenza negli scambi commerciali e di mantenimento della fiducia nel sistema degli approvvigionamenti alimentari, devono attenersi ed applicare gli indirizzi e le regole decise in ambito comunitario adottando azioni di controllo coerenti con tali riferimenti. Rimane tuttavia importante che le azioni di prevenzione adottate nell'ambito della sicurezza alimentare abbiano un esplicito riferimento ad obiettivi di salute e una costante verifica e comunicazione dei risultati raggiunti.

Il cosiddetto "pacchetto igiene" compie 10 anni e, seppure con qualche scricchiolio, ha finora retto alla crisi economica internazionale ed alle tentazioni di ricavare margini di competitività delle imprese abbassando l'asticella dei controlli sanitari. Non era affatto scontato, se si pensa che l'unica possibile alternativa è quella di agire sulle organizzazioni di controllo che, come noto, hanno una storica tendenza conservativa che si traduce nella auto replicazione invariata.

Abbiamo così rispettato anche i principi della nostra Costituzione repubblicana che, ben prima dell'Europa, aveva stabilito, all'art 41, che l'attività dell'imprenditore *"non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana..."* e all'art. 32 che la tutela della salute è un "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività".

Gli obiettivi di sicurezza alimentare sono quindi fuori discussione, ma gli strumenti per raggiungerli stanno cambiando a causa della crisi economica e per effetto delle relative manovre economiche di contrasto. È su questo piano che le amministrazioni pubbliche e le organizzazioni private dovranno fare i conti a breve termine e lavorare per un "nuovo corso".

Accenniamo, soltanto per punti, i principali argomenti di discussione che potrebbero essere di stimolo al cambiamento:

1) una maggiore integrazione tra gli obiettivi di sicurezza degli alimenti ed i programmi di prevenzione rivolti a ridurre i fattori di rischio delle malattie croniche non infettive che, in Europa, rappresentano il 75% delle cause di morte della popolazione. L'obiettivo non è quello di avere un unico Piano Nazionale per tutte le attività di prevenzione, ma disporre di uno strumento agile ed efficace per mettere in relazione attività e risultati dei singoli piani intervenendo con azioni centrali per abbandonare pratiche mediche e veterinarie di dubbia o scarsa efficacia a favore di interventi innovativi ed incisivi sul piano della tutela della salute umana ed animale.

2) La Conferenza Stato Regioni ha approvato importanti provvedimenti di attuazione dei Regolamenti comunitari del cosiddetto "pacchetto igiene" ed altri accordi che riguardano la programmazione dei controlli di sicurezza alimentare sono in dirittura di arrivo. L'omogeneità degli standard organizzativi delle Organizzazioni di Controllo per la sicurezza degli alimenti sta diventando un elemento di garanzia e di confronto tra i Paesi UE e la capacità d'uso dello strumento dell'audit di sistema dovrà crescere di pari passo per superare le tentazioni locali di autoreferenzialità che, purtroppo, permangono ancora in vaste aree della prevenzione sanitaria.

3) L'internazionalizzazione dei mercati e l'aumento delle esportazioni sta ponendo ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL una nuova e crescente domanda di servizio che rischia di non essere compatibile con i vincoli di spesa e di personale previsti dalla spending review. La Sanità Pubblica non può e non deve essere un ostacolo per la circolazione di beni e servizi in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalle norme in vigore.

4) L'eliminazione di pratiche mediche e veterinarie di dubbia o scarsa efficacia, spesso determinate dalla difesa di una sotto occupazione professionale che nel tempo ha anche contribuito ad abbassare la preparazione tecnica e l'aggiornamento professionale degli operatori di sanità pubblica fino a lasciare varchi di ingresso per altre professioni che fino a pochi anni fa



intervenivano marginalmente ed in ambiti esclusivamente amministrativi nell'area della sicurezza alimentare.

5) La necessità di puntare alla qualità sanitaria delle produzioni primarie, dall'agricoltura all'allevamento degli animali produttori di alimenti, per poter assicurare la qualità e la ricchezza dell'enogastronomia italiana. Lo spostamento dell'attenzione sanitaria nelle prime fasi della filiera produttiva contribuisce a ridurre i controlli nelle fasi successive, a far crescere la responsabilità delle aziende produttrici e ad abbattere i costi di produzione (competitività). Ne è un recente esempio il piano per la paratubercolosi bovina che, oltre a migliorare la tutela della salute umana ed animale, sta aprendo nuovi mercati in Paesi Terzi.

6) Nella "mission" dei servizi medici e veterinari dell'area della prevenzione non c'è soltanto la tutela della salute, ma anche la certificazione dei prodotti e dei processi che, oltre ad essere una "garanzia" per il consumatore sono il "passaporto" per poter vendere i prodotti in tutto il mondo.

Ogni euro speso per il raggiungimento di questi obiettivi non è un costo per il sistema sanitario, ma un investimento per produrre ricchezza ed occupazione nel Paese e, quindi, per avere le risorse necessarie a finanziare un sistema sanitario che, anche se negli anni passati è stato un po' spendaccione, non ha mai rifiutato l'assistenza sanitaria a chi non poteva esibire carte di credito o assicurazioni private.

La difesa dei valori della sanità pubblica richiede impegno, perché gli attuali livelli di tutela della salute umana e degli interessi dei consumatori non sono acquisiti "per sempre", ma vanno costantemente rinnovati e sostenuti.

La salute è un diritto costituzionale, come il lavoro. Se crescono la disoccupazione e la povertà, oltre ad aumentare la domanda di salute, si riducono le entrate e lo stanziamento per sostenere il SSN.

## **Fattori di rischio, determinanti e strategie**

In Piemonte, in linea con il trend di questi ultimi anni, viene evidenziata una diminuzione degli episodi di MTA (report 2011) e delle positività per enteropatogeni registrate nei laboratori di microbiologia clinica. Analogamente esiste una bassa percentuale di positività per microrganismi patogeni e contaminanti nei campioni di alimenti prelevati nell'ambito del controllo ufficiale. I prodotti di origine animale sono riscontrati più frequentemente tra gli alimenti sospetti nello sviluppo dei focolai di tossinfezione (i prodotti della pesca nel 24% dei casi e i prodotti carnei nel 19% dei casi) e questo implica il mantenimento di una attenzione su queste filiere. Spesso però gli episodi di MTA si verificano a casa (52%) o nella ristorazione pubblica (33%) e anche i dati provenienti dagli USA stanno rivalutando il ruolo del "retail" inteso come attività di preparazione di alimenti per la vendita o la somministrazione al consumatore finale, attribuendo a errori in tale fase circa il 15% degli episodi di tossinfezione o intossicazione alimentare. Una adeguata informazione/formazione indirizzata ai consumatori o agli operatori di alcune tipologie di imprese alimentari a maggiore rischio appare determinante per una più consapevole assunzione di comportamenti corretti ed una migliore gestione dei rischi legati alla manipolazione di alimenti. Anche le attività di sorveglianza e controllo ufficiale dovrebbero considerare con più attenzione i determinanti di rischio comportamentali in alcune tipologie di piccole imprese monitorandoli con più attenzione e sostenendone un positivo cambiamento con azioni efficaci.

Occorre infine considerare l'attualità e la rilevanza del rischio nutrizionale attribuibile alla qualità dell'offerta alimentare verso cui occorre indirizzare una particolare attenzione.

### **Priorità**

Attuazione del Piano integrato di sicurezza alimentare con particolare attenzione all'uniformità, efficacia ed appropriatezza dei controlli.

Sostegno alle imprese alimentari e alla produzione primaria nel processo di miglioramento della valutazione e gestione del rischio.

Mantenimento e gestione efficace dei sistemi di sorveglianza MTA e allerta.

Semplificazione delle procedure di gestione del rischio nelle microimprese e attenzione ai fattori di rischio comportamentali.

Adozione di programmi di comunicazione sulla valutazione e gestione dei determinanti di rischio alle imprese, associazioni di categoria e popolazione generale.

Migliorare la capacità di gestione dei rischi nutrizionali finalizzata al miglioramento della qualità dell'offerta alimentare e a favorire la capacità di scelta dei consumatori.

---

## Quadro logico

### Obiettivo centrale (nazionale)

Sicurezza alimentare

### Obiettivo specifico regionale

Migliorare la qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e le garanzie di salute legate al consumo di alimenti

### Programmi:

**Attuazione del Piano regionale integrato sicurezza alimentare**

---

## Azioni 2014

### Livello regionale

- Definizione e invio alle ASL del Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (PRISA). Valutazione dei livelli di coerenza nei PAISA. Valutazione livelli di attuazione PRISA/PAISA.
- Prosecuzione programmi audit sistema. Programmazione ed effettuazione audit di sistema e settore nelle ASL.
- Definizione di azioni di comunicazione indirizzate ad imprese, associazioni, popolazione generale.
- Definizione e coordinamento delle iniziative di formazione attivate dalle ASL.
- Implementazione gestione Allerta e sorveglianza MTA.
- Definizione di programmi prevenzione in ambito nutrizionale con particolare riferimento all'attuazione di progetto ed accordo quadro con Associazioni di categoria per la riduzione del contenuto di sale nel pane

### Livello locale

- **Recepimento indirizzi PRISA. Definizione PAISA ed attuazione delle azioni previste.**

La programmazione 2014 prevede che il gruppo PAISA (Piano aziendale integrato dei controlli della sicurezza alimentare), che nel corso degli anni si è arricchito di nuove figure del Dipartimento, sulla base dello schema di programmazione PRISA (Piano regionale integrato dei controlli della sicurezza alimentare) inviata dal competente Settore regionale e tenuto conto del numero, della tipologia e dell'analisi del rischio delle Imprese presenti sul territorio aziendale, provveda all'elaborazione del PAISA 2014.

E' previsto di considerare alcune criticità emerse dalla passata esperienza e la formulazione di

alcune proposte di modifica e miglioramento.

Il documento, come ogni anno, viene trasmesso al competente settore regionale a cura del Direttore del Dipartimento. Successivamente ogni servizio diffonde il documento al proprio personale e organizza riunioni per definire una più dettagliata programmazione delle attività e intraprende l'attuazione delle attività previste.

- **Prosecuzione del processo di miglioramento della qualità ed efficacia dell'attività di controllo.**

Al fine della prosecuzione del processo di miglioramento della qualità ed efficacia dell'attività di controllo, nel corso del 2014, si effettuerà un corso di formazione sul campo dal titolo "Standardizzazione delle non conformità e gestione dei controlli interni: criteri e metodi di valutazione" rivolto a 10 operatori della sicurezza alimentare.

L'evento ha lo scopo di standardizzare le "non conformità" che possono essere riscontrate dagli operatori dell'ACL (Autorità competente locale) nell'attività di controllo ufficiale per rendere omogenee, e coerenti ai precetti della legislazione alimentare, le azioni conseguenti al riscontro delle stesse; è volto anche all'acquisizione di specifiche competenze da parte del personale ispettivo che opera a tutti i livelli dei Servizi Veterinari Aree B-C e SIAN. Il corso ha inoltre lo scopo di elaborare una procedura operativa per la gestione dei controlli interni (intesi come verifica delle attività svolte dagli operatori appartenenti all'ACL) al fine di monitorare e migliorare le modalità di esecuzione degli interventi del controllo ufficiale anche attraverso una eventuale revisione delle procedure documentate ad esse correlate (Art. 8 comma 3 capo a e b Regolamento CE 882/04).

- **Supporto ai processi di valutazione mediante audit di sistema**

La Regione Piemonte ha organizzato, negli anni 2011 e 2012, la formazione specifica del personale ed ha approvato le linee di indirizzo, le procedure e la modulistica per l'effettuazione degli Audit regionali ed interni al fine di prevedere un percorso graduale finalizzato anche ad un adeguamento degli standard organizzativi dei servizi (Nota prot.21221 del 02/08/2012).

Al fine di rispondere al mandato della Regione Piemonte nel 2012 si è costituito un gruppo di lavoro che ha proceduto ad una prima fase di autovalutazione come da "Linee guida per l'organizzazione dell'ACL", ha effettuato audit interni e corsi di formazione interni ed esterni.

L'organizzazione della FSC (Formazione sul campo) precedentemente descritta "Standardizzazione delle non conformità e gestione dei controlli interni: criteri e metodi di valutazione" rientra nei processi di valutazione richiesti ed è pertanto la naturale prosecuzione degli interventi formativi degli anni precedenti.

ASL VC partecipa con proprio personale debitamente formato allo svolgimento di audit di sistema organizzati da ACR (Autorità competente regionale).

- **Organizzare incontri per la comunicazione del PAISA a livello locale sulla base di indirizzi regionali**

Nel corso degli anni precedenti è stato formalmente presentato il piano delle attività integrate per la sicurezza alimentare in un incontro tra operatori dei servizi Sian e Veterinario e alcune associazioni di categoria (Ascom, Confesercenti, Ass. panificatori) con le quali peraltro sono attivi da anni rapporti di collaborazione.

Specifiche attività di comunicazione sono state dedicate a problemi emergenti sul territorio (riscontro positività radiometriche in carne di cinghiale cacciato a livello locale).

Analoga attività di comunicazione è prevista anche per il 2014, estesa anche alle organizzazioni degli allevatori.

- **Organizzare eventi formativi indirizzati agli operatori di tutte le ASL secondo il programma formativo regionale**

L'11 luglio 2014 si svolgerà a Vercelli l'evento formativo residenziale PRISA rivolto agli operatori sanitari di tutte le ASL piemontesi dal titolo "Cibo per tutti: lotta alla povertà". Tale evento era stato individuato nel corso degli incontri di programmazione regionale ed inserito nel PRISA 2014.

Uno specifico evento residenziale esteso alle ASL piemontesi ed inerente l'allevamento intensivo del conigli verrà svolto nel secondo semestre 2014, nel mese di settembre, e si articolerà in due giornate.

- **Implementazione procedure del nodo aziendale allerta e della gestione delle MTA**

Si manterrà il coordinamento tra i sistemi di sorveglianza MTA tra il SIAN, il SISP e il SVET, con la collaborazione per i sistemi di notifica delle malattie infettive a trasmissione alimentare, in relazione alle linee guida regionali del settore, attualmente in corso di revisione.

La procedura aziendale "ALLERTA PER PRODOTTI ALIMENTARI PERICOLOSI DI NATURA ANIMALE", pubblicata nel 2011 con il codice PO.0757.01, verrà revisionata ed aggiornata, per comprendere tutte le tipologie di intervento a seguito di allerta alimentari, e presentata a tutto il personale deputato alla sua applicazione

- **Attuazione delle azioni di prevenzione in ambito nutrizionale**

### **ATTIVITÀ NUTRIZIONALI**

Le attività previste per l'area nutrizione danno continuità ai programmi finora attuati dal SIAN migliorandone, per quanto possibile, gli aspetti relativi ad efficacia, efficienza ed appropriatezza.

### **SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE**

I sistemi di sorveglianza sulla salute e gli stili di vita rappresentano strumenti indispensabili per analizzare i bisogni di salute e costruire le basi informative per supportare la programmazione degli interventi di prevenzione e misurarne i risultati.

Il SIAN della ASL VC garantisce l'attuazione delle sorveglianze nazionali svolte in ambito scolastico (OKkio e HBSC).

Per quanto concerne la sorveglianza "OKkio alla salute" si provvede al campionamento sul territorio dell'ASL "VC" di N°23 classi (classi terze elementari);

nell'ambito del programma interministeriale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", la sorveglianza "HBSC" (Health Behaviour in School-aged Children -Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) sono stati individuati nel nostro territorio alcuni istituti scolastici: si prevede di interessare dal campionamento n°8 classi.

Altre due sorveglianze locali sono previste e in corso attualmente: una è legata a livello regionale al progetto "Okkio alla salute", si tratta della Sorveglianza sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva durante gli spuntini (Dir. DB20.00 Sett. DB20. 17, allegato n. 17 di 29 - Allegato 8.1) e in dettaglio alle specifiche sorveglianze sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva dai bambini delle scuole terze elementari (primaria), allo scopo di aggiornare la banca dati presente a livello regionale, e l'altra è legata alla valutazione sulla qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva scolastica ed assistenziale.

Le attività di raccolta, organizzazione e comunicazione delle informazioni derivanti dalle indagini saranno condivise, con i tempi previsti dal progetto e secondo le indicazioni del referente regionale dei progetti, nelle ASL con tutti i servizi interessati alle tematiche oggetto della sorveglianza HBSC e OKkio alla salute, come è già avvenuto in passato, in modo da garantire un utilizzo diffuso di tali informazioni da parte dei servizi interessati.

### **EDUCAZIONE SANITARIA**

Per il 2014-2018 il Piano nazionale della prevenzione per l'area alimentazione pone particolare attenzione a due obiettivi: l'incremento dei consumi di frutta e verdura e la riduzione del consumo di sale. Vi è poi un'attenzione maturata in questi anni sulla necessità di ridurre gli sprechi alimentari e sul recupero degli avanzi.

Si ritiene quindi necessario proseguire per il 2014 gli interventi di informazione e valutazione per il miglioramento della porzionatura degli alimenti nella ristorazione scolastica e per il miglioramento della qualità degli spuntini (aumento consumo frutta e verdura e riduzione alimenti industriali ad alta densità calorica, zuccheri semplici e contenuto di sale). Andranno inoltre stimolate e sostenute le attività di monitoraggio degli avanzi nelle mense per poter adottare azioni correttive appropriate

per una loro riduzione o gestire con organizzazioni che si occupano di attività di recupero un loro riutilizzo a fini sociali.

Le attività di educazione e promozione della salute sono coordinate ed integrate a livello locale, svolte in collaborazione con il REPES aziendale ed inserite negli strumenti di programmazione ordinari delle ASL (Piano Locale della Prevenzione, Piano di offerta formativa alle scuole, Piani di salute, ecc.).

### **Soggetti / Servizi attuatori**

#### **Livello regionale:**

Settore Prevenzione e Veterinaria; IZS; ARPA; Direzioni regionali Agricoltura; Ambiente; Commercio; Organi di controllo (NAS, repressione frodi, ...); Associazioni di categoria.

#### **Livello Locale:**

Dipartimento di Prevenzione; Laboratori di Microbiologia clinica; Settore Formazione ASL VC; Settore Qualità ASL VC; Associazioni di categoria; Istituzioni scolastiche; AIC; ATO 2; Camera di Commercio; Comprensorio Alpino VC.

### **Popolazione target**

Imprese alimentari, operatori sanitari, associazioni di categoria e popolazione generale.

### **Gruppo di lavoro**

**Luisa Michela Olmo** – S.C. Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione

**Gianfranco Abelli** – S.C. Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione

**Marco Montafia** – S.C. Veterinario Area C

**Elena Pavoletti** – S.S.D. Veterinario Area B

**Massimo Platini** – S.S.D. Veterinario Area B

**Dario Bossi** – S.C. Veterinario Area C

## 9. Organizzazione e governance del Piano

### Razionale e modello logico

Da alcuni anni è riconosciuta l'importanza del tipo di organizzazione sanitaria come uno dei determinanti della qualità e dell'efficacia degli interventi del sistema sanitario. L'attenzione ai modelli organizzativi come determinanti di interventi più efficaci e/o di maggiore qualità diventa elemento essenziale della pianificazione anche in prevenzione. In altre parole, è necessario scongiurare la possibilità di un "effetto (di tutela della salute e/o di promozione e/o di prevenzione) minore di quanto ottenibile a causa di scelte organizzative o di performance non ottimali".

Questa condizione va affrontata sia rispetto alla funzione di erogazione degli interventi in senso stretto, sia rispetto alla funzione di governance, vale a dire di coordinamento e governo di tutti gli attori che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, promozione e tutela della salute.

In Piemonte è stato adottato fin dal 2009 un modello di coordinamento basato sul coinvolgimento dei responsabili della programmazione e attuazione degli interventi a livello locale (coordinatori PLP) e sulla ricerca dell'armonizzazione del PRP con le attività più o meno consolidate nei Servizi.

Il governo della programmazione e della realizzazione degli interventi si articola su due livelli, quello regionale e quello locale, tra loro raccordati.

Il coordinamento regionale della prevenzione ha due organismi: un'assemblea consultiva, l'Assemblea dei Servizi di prevenzione, che si riunisce annualmente, e un organismo operativo, il Coordinamento della Prevenzione (CORP).

Il CORP è composto dai coordinatori PLP, dai responsabili dei settori regionali, da rappresentanti dei Servizi Regionali di riferimento (Servizi Sovrazionali di Epidemiologia, DORS, CPO, ARPA, IZS, CRA, ecc.).

Dovrebbe rappresentare il luogo di confronto tra il livello regionale e locale, in cui progetti e programmi della prevenzione sono ordinati secondo un livello appropriato e coerente di priorità e di fattibilità, sono ricondotti ad un disegno unico e vengono valutate le modalità/necessità di coordinamento e integrazione interne ed esterne alla Sanità.

Al coordinamento della Prevenzione è affidato il compito della redazione e dell'aggiornamento del Piano regionale di prevenzione, dello sviluppo di azioni di accompagnamento e supporto alla sua realizzazione, del monitoraggio dello stato di attuazione e del grado di raggiungimento degli obiettivi.

Il CORP lavora attraverso:

- una segreteria più ristretta che provvede all'istruttoria delle questioni principali poste dal CORP e/o da adempimenti normativi;
- sottogruppi di lavoro temporanei o stabili dedicati a:
  - programmazione annuale regionale e locale;
  - valutazione e rendicontazione del Piano;
  - governance del Piano, supporto, formazione e aspetti organizzativi.

I coordinatori PLP sono attualmente identificati nei direttori dei Dipartimenti di Prevenzione o loro delegati ed hanno la funzione di coordinare e armonizzare tra loro le numerose attività, favorire l'incontro e l'integrazione dei soggetti interessati, superare gradualmente le barriere tutt'ora esistenti fra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi.

Lavorano in collaborazione con tutte le strutture sanitarie e non sanitarie dell'ASL di riferimento con il supporto delle funzioni trasversali (epidemiologia, promozione della salute, formazione, ecc.)

in grado di facilitare gli obiettivi di integrazione e supportare metodologicamente la elaborazione dei progetti.

Al coordinatore PLP è affidato il compito della redazione e dell'aggiornamento del Piano Locale di Prevenzione, dello sviluppo di azioni di accompagnamento e supporto alla sua realizzazione, del monitoraggio dello stato di attuazione.

Realizzando un migliore raccordo con gli uffici regionali coinvolti, nel 2014 l'attenzione sarà concentrata su due fronti:

- sostegno alla programmazione 2014 attraverso il lavoro di stesura e coordinamento dei programmi da inserire nel PRP e da utilizzare come riferimento per i PLP;
- stesura del PRP 2015-2018, anche attraverso momenti formativi ad hoc, che richiederà l'aggiornamento del profilo di salute, la revisione del quadro strategico del Piano e dell'architettura organizzativa, la revisione della composizione del CORP e del ruolo dei servizi di supporto rispetto al PRP, alla luce del mutato quadro organizzativo (p.e. Settori regionali, Direzioni integrate della prevenzione).

## **Fattori di rischio, determinanti e strategie**

In Piemonte la funzione di stewardship articolata sui due livelli, regionale e locale, ha dimostrato interessanti potenzialità.

A livello Regionale il CORP ha supportato il Settore Regionale nella redazione e nel monitoraggio del Piano Regionale di Prevenzione. Ha inoltre supportato la programmazione e le attività locali attraverso documenti di indirizzo, diffusione di informazioni (atlanti, newsletters ...) seminari e workshop tematici.

Grazie alla composizione multisetoriale e multidisciplinare ha potuto mettere in condivisione elementi di conoscenza specifica e di metodo, ha aiutato il superamento dei diversi steccati e favorito la concorrenza di azioni per il raggiungimento di un obiettivo comune, evidenziato esigenze e criticità locali.

Nel periodo 2010/2014 tutte le ASL hanno redatto i Piani Locali di Prevenzione (PLP), nei quali è stato possibile individuare una regia (il Coordinatore PLP), un evidente lavoro di squadra, e una buona capacità di intessere alleanze con il mondo esterno. Sebbene il Piano Locale di Prevenzione fosse uno strumento di programmazione inusuale e innovativo, le ASL vi hanno dedicato notevole impegno.

Il coordinatore PLP, si è spesso adoperato per garantire il necessario accompagnamento, monitoraggio e sostegno allo svolgimento delle attività previste dal Piano (attraverso specifici corsi di formazione, condividendo informazioni, bisogni, priorità e metodi).

Tutte le ASL hanno prodotto la relazione annuale sui risultati ottenuti.

### **Determinanti**

Le funzioni di stewardship richiedono tempo dedicato e riconoscimento del ruolo. La mancata concettualizzazione del proprio ruolo di steward, sia a livello regionale che aziendale, nonché la mancanza di tempo per lo più legata alla sovrapposizione di incarichi, non ha consentito di completare tutte le azioni programmate. Il percorso compiuto dal 2010 al 2014 ha visto un progressivo decadimento della qualità dei risultati man mano che si indeboliva l'architettura di governo del Piano.

L'assenza di un'analisi strutturata dei portatori di interesse da coinvolgere non ha consentito di mettere in campo tutte le risorse utili al raggiungimento degli obiettivi del PNP.

L'assenza di una sistematica rassegna, a livello di erogazione, delle possibili sinergie con strutturazioni organizzative diverse da quelle responsabili delle attività di prevenzione ha spesso compromesso l'integrazione delle diverse attività in un insieme armonico e finalizzato. Particolarmente difficoltoso è risultato il coinvolgimento dei MMG.

La difficoltà ad allineare la programmazione PRP/PLP a quella dell'attività "istituzionale" dei servizi (programmazione di settore) ha reso oneroso gestire il doppio binario e superare la tendenza a ragionare per competenza istituzionale più che per obiettivo di salute. In tal senso l'approccio "per determinanti" proposto dal PNP 2014-2018 dovrebbe incoraggiare una nuova prospettiva. Occorre però superare l'articolazione per "progetti", rendere maggiormente evidente il contesto in cui si collocano le diverse azioni e consentire l'integrazione e la complementarietà fra attività consolidate ed innovative.

La ricerca dell'efficacia delle azioni e valutazione del risultato sono raramente praticate anche a causa della oggettiva difficoltà. La valutazione dei Piani finalizzata alla certificazione ministeriale, ha presentato qualche difficoltà e incoerenza, l'attenzione si è molto concentrata sulla valutazione dei processi (volumi di produzione o servizi prodotti), meno sulla valutazione dell'effetto (outcome).

## Obiettivi

È possibile identificare alcuni obiettivi centrali a carattere di sistema, e quindi trasversali ai vari temi del PRP:

- a) Sviluppo del ruolo di steward della prevenzione sia a livello regionale che di ASL nella relazione con i portatori di interesse interni ed esterni al sistema sanitario;
- b) Programmazione inclusiva che non si limiti a sommare le diverse programmazioni di settore ma sappia legarle, anche sulla base delle evidenze epidemiologiche, in un percorso condiviso finalizzato ad un obiettivo comune;
- c) Valutazione degli interventi in relazione all'efficacia, progressiva eliminazione delle pratiche obsolete e promozione delle iniziative efficaci;
- d) Implementazione di nuovi interventi più costo-efficaci;
- e) Estensione a tutto il territorio di 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;
- f) Maggiore utilizzo a livello regionale e locale di indicatori epidemiologici anche attraverso un adeguamento dell'information technology e l'integrazione dei sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale;
- g) Inserimento/rafforzamento di indicatori di copertura dei principali interventi di popolazione per gli indicatori di risultato dei Direttori generali e della remunerazione di risultato dei professionisti;
- h) Utilizzo degli strumenti di gestione e budgeting aziendali per aumentare l'efficienza nell'ottemperare agli adempimenti normativi.

---

## Quadro logico regionale

### Obiettivo specifico regionale

Supporto alla pianificazione, gestione e monitoraggio del Piano regionale di prevenzione

#### Programma 1.

**Supporto alla programmazione e attuazione del Piano regionale e dei Piani locali di prevenzione 2014**

---

## Azioni 2014

### Livello regionale

- riunioni CORP;



- attività della segreteria CORP;
- attività del gruppo di lavoro per la programmazione 2014;
- attività del gruppo di lavoro per la rendicontazione 2013 e la valutazione qualitativa;
- Formazione a supporto della programmazione locale.

## Livello locale

- **Formazione a supporto della programmazione locale** (*livello regionale e locale*);

Nella ASL di Vercelli il coordinamento e governo dell'attività di programmazione del PLP è affidato alla S.S.D. UVOS che ha la funzione di coordinare e armonizzare tra loro le attività, favorire l'incontro e l'integrazione dei soggetti interessati, superare gradualmente le barriere esistenti fra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi.

La S.S.D. UVOS in fase di programmazione, monitoraggio e rendicontazione supporta i vari gruppi di lavoro organizzando **incontri di facilitazione e sostegno** e svolge funzioni trasversali di epidemiologia, di promozione della salute e di formazione (funzioni interne alla Struttura) per supportare metodologicamente la elaborazione dei programmi e facilitare gli obiettivi di integrazione.

Sono previsti **eventi formativi accreditati ECM a sostegno delle attività del Gruppo di lavoro di Promozione della Salute**: aggiornamenti sugli obiettivi del prossimo PNP 2014-2018, sulla programmazione, rendicontazione, e sulla valutazione (indicatori di processo e di risultato).

- **funzione locale di governance del PLP** (*livello locale*);

La funzione di governance, affidata alla SSD UVOS viene espletata a il livello regionale partecipando alle attività del CORP e attraverso il raccordo con gli uffici regionali coinvolti e a livello locale con il coordinamento e governo di tutti gli attori che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, promozione e tutela della salute e si prevede un ulteriore rafforzamento attraverso la formalizzazione, con Delibera aziendale, dei Gruppi di lavoro delle varie Aree rappresentate nel PLP.

Alla SSD UVOS è affidato il sostegno alla programmazione delle azioni per il PLP 2014, del supporto alla sua realizzazione, del monitoraggio dello stato di attuazione.

Si conferma la difficoltà di allineare la programmazione del PLP a quella dell'attività istituzionale dei servizi ("programmazione di settore") e di ragionare per obiettivi di salute e non esclusivamente nel rispetto delle competenze istituzionali. Inoltre emerge una oggettiva difficoltà rispetto alla valutazione dei risultati ed alla definizione di indicatori in alcune aree più che in altre. In vista della programmazione per il quadriennio 2015-2018 ci si orienterà a migliorare queste criticità.

## Soggetti / Servizi attuatori:

### Regionali:

CORP; segreteria CORP e sottogruppi di lavoro; referenti funzione Direzione integrata prevenzione.

### Locali:

Referente funzione Direzione integrata prevenzione; Referente epidemiologia; Referente Promozione alla salute

## Popolazione target

Operatori impegnati nell'elaborazione e attuazione del PLP: Gruppi di lavoro locali

## Gruppo di lavoro

**Fiorella Germinetti** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Antonella Barale** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Raffaella Scaccioni** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Benedetto Francese** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

## Obiettivo specifico regionale

### Programma 2.

### Realizzazione delle sorveglianze di popolazione

## Azioni 2014

### Livello regionale

- HBSC
- OKkio alla salute, PASSI, PASSI D'Argento [*livello regionale e locale* (per PASSI D'Argento il livello locale ASL TO2)];

### Livello locale

#### - Raccolta dati Okkio alla salute, HBSC, PASSI

#### SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE

I sistemi di sorveglianza sulla salute e gli stili di vita rappresentano strumenti indispensabili per analizzare i bisogni di salute e costruire le basi informative per supportare la programmazione degli interventi di prevenzione e misurarne i risultati.

Il SIAN della ASL VC garantisce l'attuazione delle sorveglianze nazionali con attività nelle scuole, nei mesi di marzo, aprile e maggio 2014.

- **Sorveglianza "OKkio alla Salute"**

Per quanto concerne la sorveglianza "Okkio alla salute" sono state campionate sul territorio dell'ASL "VC" N°23 classi (classi terze elementari).

Nel corso del 2014 è programmata l'attuazione della quarta raccolta dati che, come noto, con ricorrenza biennale, viene effettuata su tutto il territorio nazionale.

E' prevista l'effettuazione dei lavori propedeutici al campionamento delle classi terze ed alla predisposizione del materiale da utilizzare nelle scuole (lettere, questionari, opuscoli informativi, attestati ecc.). E' previsto un Corso di Formazione accreditato ECM con l'obiettivo di condividere le modalità operative.

Gli interventi di misurazione e somministrazione dei questionari nelle scuole interessano 23 classi distribuite in 8 Istituti comprensivi presenti sul nostro territorio, ed i dati vengono inseriti nell'apposito data-base nazionale per la valutazione presso il centro elaborazione dati individuato dal progetto.

**E' prevista la realizzazione di altre due sorveglianze locali:**

- la prima è legata al progetto "Okkio alla salute", si tratta della "Sorveglianza sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva durante gli spuntini" (Dir. DB20.00 Sett. DB20.17, allegato n. 17 di 29 - Allegato 8.1) e più in dettaglio alla specifica sorveglianza sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva dai bambini delle scuole terze elementari (primaria), con lo scopo di aggiornare la banca dati attualmente presente a livello regionale (al momento riservata ai soli operatori SIAN, ma che dovrebbe essere resa disponibile al pubblico / scuole, etc),

- la seconda è legata alla valutazione sulla "Qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva scolastica ed assistenziale".

La sorveglianza nella ristorazione assistenziale con l'attività di vigilanza/monitoraggio e con particolare attenzione alla capacità di gestione dei rischi nutrizionali presenti negli utenti presenti nelle strutture, con l'adozione locale di protocolli di monitoraggio dello stato nutrizionale.

• **Sorveglianza "HBSC" e "GYTS"**

Nell'ambito del programma interministeriale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", la sorveglianza "HBSC" (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) ha individuato nel nostro territorio alcuni istituti scolastici: sono state infatti interessate dal campionamento n°8 classi: 4 medie superiori e 4 medie inferiori ( N°2 prime medie e N°2 terze medie).

Il territorio dell'ASL "VC " è stato inoltre individuato con l'ASL "CN1" e l'ASL "NO", per partecipare alla sorveglianza GYTS ("Global Youth Tobacco Survey"), relativa all'atteggiamento degli adolescenti nei confronti del tabacco, con n°due classi medie superiori (1°A e 2°A).

La Sorveglianza HBSC, affiancata dall'indagine GYTS, è programmata nel periodo immediatamente successivo all'indagine OKkio alla Salute.

Sono interessati dall'indagine i ragazzi con età di 11, 13 e 15 anni, come negli anni passati.

L'indagine viene effettuata su un campione estratto su base nazionale, con significatività regionale; si tratta di un progetto finanziato nell'ambito dei programmi CCM, in cui il Piemonte è regione capofila e l'Università di Torino referente tecnico-scientifico.

In Piemonte, e nelle restanti regioni, come indicato nella programmazione del progetto, è prevista la sola somministrazione di un questionario senza misurazioni antropometriche dirette, che sono autoriferite nel questionario.

Si continua l'azione di comunicazione alle scuole, mediante la consegna di materiali informativi (opuscoli e CD Open mind).

• **Sorveglianza PASSI**

PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (18-69 anni d'età) con l'obiettivo di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione.

L'attività programmata per l'anno 2014 prevede:

- Realizzazione della Sorveglianza attraverso il campionamento, la ricerca dei contatti, la somministrazione dei questionari, la registrazione e l'up-load dei dati su piattaforma web ad hoc delle 275 interviste previste dall'attività annuale a livello aziendale.

- Monitoraggio, da parte del coordinamento aziendale, delle interviste effettuate, con valutazione sulla eventuale necessità di interventi correttivi.

- Formazione e aggiornamento periodico degli operatori: coordinatore aziendale con partecipazione a eventi formativi e riunioni regionali e intervistatori con partecipazione a eventi

formativi e riunioni a livello locale.

- Formazione frontale rivolta a possibili "nuovi intervistatori" che iniziano l'attività nel 2014.

### **- Coordinamento, analisi e comunicazione dei risultati: Okkio alla salute, PASSI**

- **Sorveglianza "OKkio alla Salute"**

Gli interventi di misurazione e somministrazione dei questionari nelle scuole interessano 23 classi distribuite in 8 Istituti comprensivi presenti sul nostro territorio, ed i dati vengono inseriti nell'apposito data-base nazionale per la valutazione presso il centro elaborazione dati individuato dal progetto.

- **Sorveglianza "HBSC" e "GYTS"**

I dati di queste sorveglianze (una volta inoltrati al Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche dell'Università di Torino), saranno oggetto di analisi da parte dei centri individuati a livello nazionale

Le attività di raccolta, organizzazione e comunicazione delle informazioni derivanti dalle indagini saranno condivise, con i tempi previsti dal progetto e secondo le indicazioni del referente regionale dei progetti, nelle ASL con tutti i servizi interessati alle tematiche oggetto della sorveglianza HBSC, come è già avvenuto in passato, in modo da garantire un utilizzo diffuso di tali informazioni da parte dei servizi interessati.

- **Sorveglianza PASSI**

Produzione di documentazione di analisi dei risultati dell'attività seguendo le indicazioni standard del coordinamento nazionale e regionale della Sorveglianza.

- Divulgazione dei risultati delle attività di sorveglianza attraverso la pubblicazione di report sul sito internet aziendale, l'invio di report e schede tematiche agli Intervistatori e ai MMG.

Realizzazione di un evento formativo, accreditato ECM, rivolto ai Medici di medicina generale della ASL VC, con l'obiettivo di presentare i risultati ottenuti attraverso il Sistema di Sorveglianza PASSI relativamente ai temi oggetto del Programma nazionale "Guadagnare Salute" e considerare il ruolo dei Medici di Medicina Generale nel contesto della Prevenzione e della Promozione della salute, inoltre presentare l'utilizzo dei risultati attraverso l'esperienza dei Piani Regionale e Locale della Prevenzione 2010-2012 e 2013.

### **Soggetti / Servizi attuatori:**

Gruppo regionale sorveglianze; Coordinatori, Vicecoordinatori e Referenti regionali delle sorveglianze; SSEPI ASL NO; Coordinatori aziendali, intervistatori e operatori aziendali che contribuiscono alla raccolta dati e comunicazione dei risultati

### **Popolazione target**

Popolazione generale; direzioni regionali e aziendali; operatori regionali e locali delle sorveglianze; altri decisori e stakeholders regionali e locali degli argomenti trattati dalle sorveglianze

### **Gruppo di lavoro**

**Antonella Barale** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Gianfranco Abelli** – S.C. SIAN

**Francesco Groppi** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

### **Livello locale - Altre attività - Realizzazione Registri**

- **Registro tumori Provincia di Vercelli**

**- Accredитamento e Stabilizzazione dell'attività di Registro tumori della Provincia di Vercelli**

Prevista, entro marzo 2014, la conclusione del Progetto "Estensione del Registro tumori dalla Provincia di Biella alla Provincia di Vercelli - triennio 2007-2009", la successiva richiesta di accreditalmento del "Registro tumori delle Province di Biella e Vercelli" all'Associazione Italiana Registri Tumori – AIRTUM e prosecuzione dell'attività con la sua stabilizzazione nell'area della Provincia di Vercelli.

**- Conclusione dell'attività di rilevazione, analisi e registrazione dei dati di Incidenza tumorale relativamente al triennio 2007-2009 e avvio dell'attività per il triennio successivo 2010-2012**

- Acquisizione, consultazione e analisi cartelle di ricovero da Presidi ospedalieri intra ed extra ASL/Regione;
- Accesso, consultazione e analisi referti di Anatomia patologica da Presidi ospedalieri intra ed extra ASL, in raccordo operativo con l'équipe di Biella;
- Accesso e consultazione esami radiodiagnostici, ambulatoriali e laboratoristica;
- Accesso e consultazione dati di Oncologia, Radioterapia, Cure palliative;
- Registrazione dei casi incidenti nel datawarehouse ad hoc;
- Controllo di qualità dei dati finali secondo i programmi di Check internazionali;
- Aggiornamento del Follow-up di esistenza in vita e causa della morte.

**Prosecuzione dell'attività di rilevazione e registrazione dei dati di Mortalità:**

- Consultazione e codifica dati di mortalità ASL VC, estesa alla Provincia;
- Aggiornamento del datawarehouse per la raccolta dei dati di mortalità;
- Integrazione del database esistente con i decessi mancanti (residenti in Comuni della Provincia non appartenenti all'ASL VC, ecc.);
- Controllo di completezza.

≈ **Prosecuzione della realizzazione dell'archivio di prevalenza.**

≈ **Prosecuzione degli approfondimenti formativi del personale dedicato all'attività del Registro con partecipazione ad eventi organizzati, con valenza nazionale, dall'AIRTUM e dall'AIE.**

### **Soggetti / Servizi attuatori**

CPO; S.S. Epidemiologia ASL BI; Fondazione Cassa di Risparmio di Vercelli; Fondo Edo ed Elvo Tempia

### **Gruppo di lavoro**

**Fiorella Germinetti** – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Adriano Giacomini** – S.S. Epidemiologia ASL BI

**Monica Fedele** – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Antonella Barale** – S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione

**Loredana Vineis** - Fondazione Edo ed Elvo Tempia.

## Obiettivo specifico regionale

### Programma 3.

#### Elaborazione del Piano regionale di prevenzione 2015-2018

### Azioni 2014

#### Livello regionale e locale

- Valutazione qualitativa: pubblicazione storie di successo, questionario operatori;
- valutazione quantitativa anche con utilizzo dei dati ricavabili dalle sorveglianze di popolazione nei capitoli pertinenti;
- formazione a supporto della programmazione pluriennale;
- aggiornamento del profilo di salute della Regione Piemonte da richiedere ai servizi specialistici;
- disciplinare i rapporti Regione-ASL e i rispettivi ruoli nell'attuazione del Piano.

#### Livello locale

- **Valutazione qualitativa: pubblicazione storie di successo, questionario operatori** (*livello regionale e locale*);

Disponibilità ad aderire e a sostenere l'adesione a questionari inerenti l'attività dei Piani di Prevenzione che il Coordinamento regionale per la Prevenzione e/o altri Servizi regionali riterranno opportuno somministrare ai coordinatori del PLP e agli operatori del livello locale.

- **Formazione a supporto della programmazione pluriennale** (*livello regionale e locale*);

Programmazione di eventi formativi accreditati ECM a livello locale, sulla falsa riga di percorsi formativi realizzati a livello regionale e dedicati ai coordinatori PLP, al fine di promuovere diffondere capillarmente ai componenti dei Gruppi di lavoro locali la mission del Piano e la metodologia di programmazione e valutazione sull'arco temporale pluriennale previsto per il prossimo quadriennio. Si ritiene necessaria la presenza dei Referenti dei Programmi regionali in qualità di relatori.

#### Soggetti / Servizi attuatori:

CORP, segreteria CORP e sottogruppi di lavoro; Direzione Sanità; Servizi specialistici; referenti funzione Direzione integrata prevenzione.

#### Popolazione target

Operatori impegnati nell'elaborazione e attuazione del PRP e dei PLP.

#### Gruppo di lavoro

**Fiorella Germinetti** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione  
**Antonella Barale** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione  
**Raffaella Scaccioni** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione  
**Benedetto Francese** - S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione



**A.S.L. VC**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli*

**S.S.D. Gestione attività integrate di prevenzione**

***Redazione grafica***

Francesco Groppi  
Antonella Barale

**Epi ASL VC / 4 / 2014**



una sanità in salute Fa bene a tutti

Tel. +39 0161 593976 - Fax. +39 0161 593408

E-mail: [dir.integrataprev@aslvc.piemonte.it](mailto:dir.integrataprev@aslvc.piemonte.it)

[epidemiologia@aslvc.piemonte.it](mailto:epidemiologia@aslvc.piemonte.it)

ASL VC-Vercelli – Corso Mario Abbiate, 21 - 13100 Vercelli