



REGIONE
PIEMONTE
GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 49

Adunanza 17 dicembre 2010

L'anno duemiladieci il giorno 17 del mese di dicembre alle ore 11:50 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Roberto COTA Presidente, Ugo CAVALLERA Vicepresidente e degli Assessori Barbara BONINO, William CASONI, Alberto CIRIO, Michele COPPOLA, Caterina FERRERO, Massimo GIORDANO, Claudia PORCHIETTO, Giovanna QUAGLIA, Roberto RAVELLO, Claudio SACCHETTO, ~~Elena MACCANTI~~, con l'assistenza di Roberta BUFANO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

E' assente l' Assessore: MACCANTI

(Omissis)

D.G.R. n. 37 - 1222

OGGETTO:

Approvazione dell'aggiornamento al Piano regionale della prevenzione 2010-2012 e sostituzione dell'allegato A della DGR n. 16-13200 dell'8/02/2010.

A relazione dell' Assessore FERRERO:

La legge regionale n. 18 del 6 agosto 2007 prevede, fra i principi su cui è basata la programmazione socio-sanitaria regionale, il primato della prevenzione e il ruolo strategico delle attività di promozione della salute.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 137-40212 del 24/10/2007, prevede che, per realizzare l'obiettivo della tutela e della promozione della salute, le attività di prevenzione e promozione debbano essere potenziate e riorganizzate secondo modelli che consentano di identificare gli obiettivi di salute prioritari e di sviluppare interventi mirati dentro e fuori il sistema dei servizi socio-sanitari. In particolare, prevede che le attività di prevenzione realizzate nel servizio sanitario regionale siano tra loro maggiormente coordinate e ulteriormente potenziate e che, nelle aziende sanitarie e nei distretti socio-sanitari piemontesi, tutte le attività di prevenzione, realizzate in modo diretto oppure anche solo promosse, siano **tra loro** coordinate e ricondotte a unità organizzativa e uniformità metodologica.

Con ~~deliberazione~~ n. 24-10835 del 23/02/2009 è stato istituito il Coordinamento Regionale della Prevenzione nelle sue articolazioni: Assemblea dei Servizi di Prevenzione e Coordinamento Operativo Regionale per la Prevenzione (CORP), quest'ultimo con il compito di elaborare la proposta di Piano regionale della prevenzione.

Con successiva DGR n. 16-13200 dell'8/02/2010 è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, elaborato dalla Direzione Sanità in collaborazione con il CORP, e sono state fornite alle ASL indicazioni organizzative per il governo della prevenzione a livello locale.

In seguito, con DGR n. 22-13676 del 29/03/2010, come modificata dalla successiva DGR n. 10-75 del 17/05/2010, sono stati attribuiti ai Direttori generali delle ASL gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi ai fini del trattamento economico integrativo 2010; per quanto riguarda il livello dell'assistenza collettiva, l'indicazione fornita consisteva nella stesura di un documento di pianificazione locale della prevenzione, le cui modalità di elaborazione sono poi state precisate con circolare n. 11526/DB20.00 del 12/04/2010, che ha contestualizzato tale documento nel quadro del Piano regionale di prevenzione approvato con DGR n. 16-13200 dell'8/2/2010.

L'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29/04/2010, concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, ha nel frattempo approvato il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 impegnando le Regioni ad adottare, entro il 30 settembre 2010, il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal PNP 2010-2012. L'Intesa prevede che il Piano regionale rispetti i seguenti criteri:

- la continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
- lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 e, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale;
- la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.

In seguito, con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 7/10/2010, sono state rideterminate le scadenze originariamente previste dall'Intesa Stato-Regioni del 29/04/2010, prorogando la scadenza per la presentazione dei Piani regionali di prevenzione al 31/12/2010.

Si rende pertanto necessario aggiornare il Piano regionale di prevenzione 2010-2012 approvato con DGR n. 16-13200 dell'8/02/2010, integrandolo con quanto previsto dal Piano nazionale della prevenzione 2010-2012

Il documento aggiornato del Piano regionale di prevenzione 2010-2012 è stato elaborato dalla Direzione Sanità in collaborazione con il CORP, tenendo in considerazione il lavoro svolto dalle ASL per l'elaborazione dei Piani locali della prevenzione e le indicazioni contenute nel Documento di valutazione dei Piani regionali di prevenzione 2010-2012 che il Ministero della Salute ha trasmesso alla Commissione Salute, in data 22/10/2010, per la stipula di specifica Intesa.

Il nuovo Piano si articola in due grandi nuclei tematici:

- il quadro strategico generale in cui si inserisce il Piano, a partire dal contesto di riferimento istituzionale, organizzativo ed epidemiologico, che motiva le scelte generali e individua strategie e priorità basate su obiettivi di salute presentati in modo unitario, in continuità con quanto realizzato nell'ambito del Piano regionale di prevenzione 2005-2007; esso è contenuto nell'allegato A del presente provvedimento;
- il piano operativo costruito a partire dalle priorità individuate nel quadro strategico e dettagliato in singoli progetti, distribuiti nell'ambito di tutte le quattro macro-aree individuate dal Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, nell'allegato B del presente provvedimento.

Sarà cura del CORP, in collaborazione con i Settori regionali interessati, sovrintendere alla successiva progettazione, realizzazione e valutazione del Piano regionale della prevenzione e dei Piani locali mediante attività di supporto e indirizzo continuativo e attività di formazione specifica, attraverso l'interlocuzione con il Ministero della Salute per le attività di negoziazione, rendicontazione e monitoraggio dello sviluppo del Piano regionale della prevenzione 2010-2012.

Il documento aggiornato del Piano è fondato sui medesimi principi ispiratori del PSSR 2007-2010, primo fra tutti la salute in tutte le politiche, e conferma i valori e la visione generale espressi nella precedente versione del Piano, tra cui in particolare:

- la descrizione di metodi, strumenti e funzioni basilari di cui si avvale la prevenzione per realizzare le proprie azioni;
- un'organizzazione che ha il suo fulcro nella funzione locale di governo che va a integrare le funzioni regionali di programmazione e sostegno.

Al fine di dettagliare operativamente i singoli progetti del Piano regionale di prevenzione 2010-2012 e di integrare eventuali suggerimenti o richieste di modifiche del Ministero della Salute, si demanda la definizione di schede dettagliate per ciascun progetto a successivi provvedimenti del Settore "Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva" - Direzione Sanità, con il supporto del CORP.

Vista l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29/04/2010,

- vista L.R. 06.08.2007, n. 18;
- vista la DCR n. 137-40212 del 24/10/2007;
- vista la DGR n. 24-10835 del 23/02/2009;
- vista la DGR n. 16-13200 del 08/02/2010;
- vista la DGR n. 22-13676 del 29/03/2010;
- vista la DGR n. 10-75 del 17/05/2010;

la Giunta Regionale, condividendo le argomentazioni del Relatore, a voti unanimi espressi nelle forme di legge,

d e l i b e r a

per le motivazioni indicate in premessa:

- di approvare l'aggiornamento al Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 nelle sue due componenti: Quadro strategico (Allegato A) e Piano operativo (Allegato B), allegati al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, che sostituiscono integralmente l'allegato A della DGR n. 16-13200 dell'8/02/2010;
- di prevedere che il CORP (Coordinamento Operativo Regionale per la Prevenzione), ad integrazione della D.G.R. n. 24-10835 del 23/2/2009, sovrintenda alla progettazione, realizzazione e valutazione del Piano operativo regionale della prevenzione e dei Piani locali mediante attività di supporto e indirizzo continuativo e attività di formazione specifica alle ASL, nonché attraverso l'interlocazione con il Ministero della Salute per le attività di negoziazione, rendicontazione e monitoraggio dello sviluppo del Piano regionale della prevenzione 2010-2012;
- di demandare la predisposizione di schede dettagliate per ciascun progetto di cui al Piano operativo, a successivi provvedimenti del Settore "Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva" - Direzione Sanità, con il supporto del CORP;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta maggiori oneri rispetto a quanto stabilito con D.G.R. n. 16-13200 dell'8/02/2010.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(Omissis)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Roberto COTA


Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Roberta BUFANO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 17 dicembre 2010.

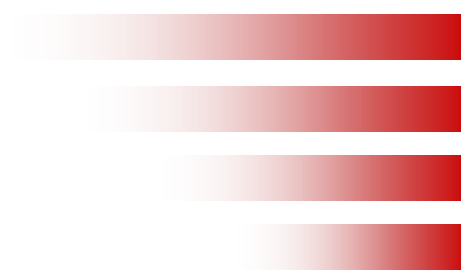
rs/



Allegato A - Quadro strategico



PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2010-2012



Aggiornamento dicembre 2010

A cura del Coordinamento operativo regionale della prevenzione (CORP):

Maria Chiara Antoniotti, Michela Audenino, Iacopo Baussano, Marcello Caputo, Elena Coffano, Roberto Gnavi, Paolo Laurenti, Renata Magliola, Laura Marinaro, Giuliana Moda, Roberto Raso, Daniela Rivetti, Luciana Ropolo, Giuseppe Ru, Giuseppe Salamina, Giorgio Sapino, Roberto Zanetti

Con la collaborazione di:

Claudia Alonzi, Elsa Basili, Antonella Barale, Antonella Bena, Filippo Bogetto, Alessandro Bonansea, Margherita Burchio, Graziella Bruno, Vittorina Buttafuoco, Gianni Cadario, Ennio Cadum, Pierluigi Cavazzin, Laura Chiavacci, Giulia Ciralli, Carlo Cisari, Caterina Corbascio, Marco Dalmasso, Rosa D'Ambrosio, Vittorio Demicheli, Luisa Dettoni, Mariella Dipilato, Fabrizio Faggiano, Secondo Fassino, Lorenza Ferrara, Paolo Ferrari, Fabrizio Ferraris, Maurizio Galimberti, Adriano Giacomini, Livia Giordano, Maurizio Gottin, Salvatore La Monica, Annalisa Lantermo, Simonetta Lingua, Rita Longo, Corrado Magnani, Giampaolo Magro, Carlo Mamo, Ettore Mancini, Gaetano Manna, Chiara Marinacci, Maria Maspoli, Dario Mirabelli, Vittorio Modena, Giorgiana Modolo, Luca Monge, Marco Mozzati, Carmine Munizza, Mauro Negro, Luca Nicolandi, Alessandro Ozzello, Giuseppe Parodi, Chiara Pasqualini, Raffaella Pastore, Gianna Patrucco, Andrea Pizzini, Antonio Ponti, Maria Pia Schieron, Nereo Segnan, Maria Teresa Revello, Teresa Spadea, Alessandra Suglia, Benedetto Terracini, Donatella Tiberti, Maria Grazia Tomaciello, Gabriella Viberti, Enrico Zanalda, Roberto Zanelli, Carla M. Zotti

Coordinamento editoriale:

Monica Bonifetto

Dicembre 2010

Sommario

pag.

Premessa	5
Capitolo 1. Principi ispiratori del Piano	7
1. La salute in tutte le politiche	10
2. Contrasto alle diseguaglianze	12
3. Governance	13
Capitolo 2. La salute in Piemonte	15
1. I principali problemi di salute negli ultimi trent'anni in Piemonte	17
2. Le principali sfide della salute in Piemonte	20
3. I principali determinanti prossimali della salute	25
4. Malattie infettive	33
5. Sicurezza alimentare e stato sanitario della popolazione animale	36
6. Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro	39
7. Gli incidenti stradali e la sicurezza stradale	40
8. L'ambiente	40
9. I bisogni inevasi della prevenzione: salute orale e depressione	42
10. L'assistenza sanitaria	43
11. Conclusioni	45
<i>Allegato. Struttura, salute e bisogni della popolazione piemontese</i>	<i>46</i>
Capitolo 3. L'organizzazione della prevenzione in Piemonte	53
1. Organizzazione regionale	55
2. Organizzazione locale	64
Capitolo 4. Strumenti e metodi	73
1. Prevenzione basata su criteri di efficacia e priorità	77
2. Governo delle conoscenze epidemiologiche	79
3. Vigilanza e controllo	82
4. Promozione della salute	85
5. Valutazione di impatto: VIA, VAS, VIS, <i>risk assessment</i>	87
6. Profili e Piani per la Salute	89
7. Formazione	91
8. Documentazione	93
9. Comunicazione	94
10. Ricerca e sviluppo	96

Capitolo 5. Obiettivi di salute per singole aree	99
1. Valutazione del rischio individuale di malattia	101
2. Stili di vita	105
3. Sicurezza alimentare	121
4. Prevenzione delle malattie trasmissibili	131
5. Prevenzione dei rischi in ambienti di vita	147
6. Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro	163
7. Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico	179
8. Prevenzione incidenti stradali	185
9. Screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto	199
10. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia	207
<i>Appendice. Piano operativo</i>	211

Premessa

Con l'Intesa Stato-Regioni del 24 aprile 2010 le Regioni hanno concordato con il Ministero della Salute il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione. Il nuovo Piano mantiene la continuità con il precedente 2005-2007 (e successive proroghe), in particolare per quanto riguarda il consolidamento e l'estensione delle linee progettuali già avviate e la messa a regime delle attività di sorveglianza, il mantenimento del robusto impianto metodologico fino ad oggi costruito, che ha reso possibile il monitoraggio e la valutazione dei risultati ottenuti.

Il nuovo Piano 2010-2012 presenta tuttavia interessanti elementi di novità, fra cui l'aggregazione degli ambiti di intervento in quattro macroaree che, nel ribadire la centralità della prevenzione universale, allargano il campo dell'azione preventiva ad aree tradizionalmente meno esplorate, quali la valutazione del rischio individuale o la prevenzione di complicanze e recidive di malattia.

In Piemonte è in atto già da tempo un percorso di rinnovamento della prevenzione assistito e governato dal Coordinamento Operativo Regionale della prevenzione (CORP) in collaborazione con le ASL, con l'obiettivo di programmare gli interventi di prevenzione all'interno di una visione unitaria individuando priorità, strumenti ed elementi di organizzazione e governo del sistema. Ciò ha consentito di avviare la stesura e la programmazione dei Piani Locali di Prevenzione, a livello di ogni singola ASL, con l'accompagnamento e l'assistenza del CORP.

Le ASL hanno dato vita a un lavoro non facile e in parte inedito, hanno creato gruppi di lavoro, scambiato conoscenze, ragionato insieme ricercando integrazione, coordinamento e alleanze, nell'intento di lavorare più per obiettivi di salute che per programmi di settore tradizionali, e hanno prodotto un documento organico con indicazioni in larga misura concretamente operative. Dall'analisi dei Piani Locali sono stati colti elementi di merito per la rimodulazione del Piano Regionale, resasi necessaria per consentire un coerente allineamento con il Piano Nazionale nel frattempo approvato.

Seguendo le indicazioni nazionali, il presente documento aggiorna il Piano Regionale della Prevenzione, approvato a febbraio 2010, articolandolo in due sezioni principali.

Nel Quadro Strategico confluisce interamente il Piano precedente, debitamente integrato, includendo principi, analisi di contesto, metodi e obiettivi di salute.

Il Piano Operativo, presente in appendice, è costruito a partire dalle priorità individuate nella precedente sezione, ed è strutturato secondo un Quadro di Insieme coerente con le indicazioni nazionali e dettagliato in singoli progetti.

Sarà cura di questo assessorato sovrintendere alla successiva elaborazione e gestione dei progetti mediante azioni di supporto e indirizzo continuativo e attività di formazione specifiche, nonché mediante l'interlocuzione con il

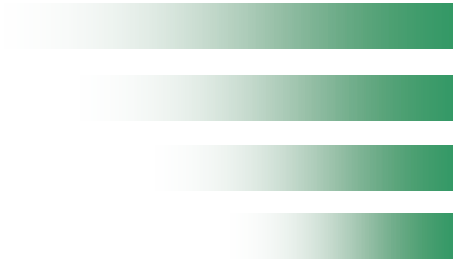
Ministero della Salute per le attività di negoziazione, rendicontazione e monitoraggio dello sviluppo del Piano stesso.

È infine doveroso un riconoscimento a tutti coloro che hanno collaborato alla stesura di questo importante strumento a tutela della salute.

L'assessore alla Tutela della Salute e Sanità,
Edilizia Sanitaria, Politiche Sociali
e Politiche per la Famiglia
Caterina Ferrero

capitolo 1

PRINCIPI ISPIRATORI DEL PIANO



Pienezza di diritto, giustizia ed equità, sostenibilità, democrazia, intersectorialità e corresponsabilità sono i valori di fondo che ispirano il Piano regionale di prevenzione e che trovano fondamento nel Piano Socio-sanitario Regionale 2007-2010.

In particolare, tali principi trovano applicazione in tre grandi ambiti:

- la consapevolezza che tutte le decisioni politiche hanno un impatto sulla salute, e la conseguente decisione di includere **la salute in tutte le politiche**, siano esse interne (ambiente, trasporti, industria...) o esterne (sviluppo, commercio, relazioni internazionali);
- la rilevanza degli interventi in grado di ridurre le **differenze nello stato di salute determinate da fattori sociali**: la distribuzione delle risorse, il reddito, l'ambiente fisico, sociale ed economico, la possibilità di accesso ai servizi;
- il **miglioramento continuo della qualità** dei servizi e il mantenimento di elevati standard assistenziali, attraverso l'uso corretto delle informazioni epidemiologiche, la pratica di interventi basati su prove di efficacia e la valutazione quali-quantitativa dei risultati raggiunti.

Tutte le strategie e le proposte indicate nel Piano si collocano nell'orizzonte definito da tali principi e ne esplorano le possibili applicazioni.

La programmazione sanitaria regionale, in particolare nel Piano Socio-sanitario Regionale 2007-2010 (PSSR), ha definito in modo molto chiaro in quale cornice di valori e principi si debba sviluppare la pianificazione della prevenzione: equità, dignità, umanizzazione, giustizia, pienezza di diritto, sobrietà, austerità, economia del dono, sostenibilità, accessibilità, continuità, democrazia, intersectorialità, corresponsabilità. Di seguito evidenziamo alcuni di tali valori più direttamente correlati ai principi e alle metodologie della sanità pubblica, che trovano particolare e concreta applicazione nel Piano regionale di prevenzione (PRP):

- la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione, da esigere anche dalle politiche non sanitarie;
- l'equità sociale, che costituisce la piattaforma etica del nostro sistema sanitario. Le uguali opportunità di salute per tutti possono essere rappresentate come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno e uguale qualità del servizio per tutti;
- il coinvolgimento degli enti locali che, attraverso le loro espressioni di democrazia delegata, deliberativa e partecipata, pianificano e programmano azioni di tutela e promozione della salute attraverso la costruzione dei Piani e Profili di salute (PEPS);
- la comunicazione e l'ascolto, non solo per favorire lo scambio attivo di informazioni, ma anche per promuovere il coinvolgimento dei cittadini nella definizione di bisogni di salute non riconosciuti e nelle scelte strategiche di sanità pubblica;
- l'integrazione funzionale, intersectoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio-sanitario e in particolare l'integrazione con i distretti, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra attori interdipendenti (siano essi operatori di servizi omologhi, oppure enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute) è essenziale per evitare inutili duplicazioni e confusione operativa e per consentire di aumentare l'efficacia complessiva del sistema della prevenzione;
- l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione rigorosa della prevenzione basata su prove di efficacia (*evidence based prevention*, EBP) e, ove non possibile, la valutazione secondo il principio di precauzione, accettando la possibilità di incertezza del sapere scientifico;

- la sobrietà e la sostenibilità degli interventi, in quanto la consapevolezza di dover operare con risorse sempre più limitate introduce nella logica della programmazione sanitaria i concetti di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa; in particolare, il diritto alla salute deve essere assicurato in modo armonico con gli altri diritti delle attuali e future generazioni e nel rispetto dell'ambiente, a livello locale e globale;
- la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, momenti indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.

Anche riguardo alle strategie la programmazione sanitaria nel PSSR offre indirizzi molto precisi:

- la programmazione locale deve essere centrata sull'impatto sulla salute come parametro qualificante delle decisioni;
- occorre intervenire sullo stato dell'ambiente, sulle condizioni sociali, produttive ed economiche, sugli stili di vita, sulle relazioni tra persone e tra queste e la comunità in cui vivono, definendo e attuando programmi anche sui temi della forma della città e di uso del territorio, della difesa civile dai rischi e dal degrado, dei servizi formativi ed educativi, della sicurezza di vita;
- si deve tener conto delle strategie internazionali sul tema (normativa comunitaria, Agenda 21, Salute 21, Salute in Tutte le Politiche, Città Sane) che suggeriscono schemi concettuali, approcci, indicatori e strumenti che appunto ispirano questo PRP;
- la programmazione locale deve essere partecipativa e inclusiva, intersettoriale e funzionalmente integrata, non solo a livello settoriale ma anche istituzionale;
- deve essere centrata sul territorio, a livello distrettuale, incardinata sulla responsabilità degli enti locali e arricchita con il contributo dei portatori di interesse, promuovendo un passaggio dalle politiche di settore a quelle di comunità.

Questi criteri indicano inequivocabilmente l'orientamento strategico in cui collocare le azioni del PRP.

Alcuni principi e strategie vengono di seguito maggiormente approfonditi in quanto devono costituire una cultura diffusa e radicata negli operatori e permeare quindi tutto il percorso operativo di programmazione degli interventi di prevenzione primaria. In particolare è necessario che il metodo di lavoro sia concretamente focalizzato sulle politiche essenziali per affrontare il problema di salute (salute in tutte le politiche), con priorità agli interventi in grado di ridurre le differenze sociali nella salute (diseguaglianze), con il miglioramento continuo della qualità dei servizi e il raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali (governance).

1. La salute in tutte le politiche

IL PSSR prevede di articolare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute in due livelli:

1. le politiche per la salute, tese a evidenziare e a ordinare, secondo un livello appropriato e coerente di priorità e di fattibilità, i problemi reali di salute della comunità;
2. gli interventi di prevenzione vera e propria (primaria e secondaria), politicamente e professionalmente messi in atto per risolvere specifici problemi.

Per quanto attiene alle politiche per la salute si tratta di sviluppare un'iniziativa di promozione della salute basata sulla ragionevole assunzione preliminare che tutte le

decisioni politiche influenzano la salute e che la valutazione di questo “impatto sulla salute” deve diventare uno dei parametri di riferimento qualificante nelle decisioni, sia individuali sia collettive. Questa iniziativa passa attraverso un graduale recupero della dimensione “politica” e non riguarda ovviamente solo il sistema dei servizi socio-sanitari, soprattutto territoriali e preventivi, che possono tuttavia fornire un prezioso, autorevole e qualificato sostegno. Il processo, che parte dalla costruzione di profili di salute per identificare i principali obiettivi di salute perseguibili anzitutto attraverso le scelte politiche locali, costituisce quindi il percorso fondante della futura attività di pianificazione a livello locale. Si tratta di affermare il principio per il quale tutte le azioni di promozione e prevenzione devono essere indirizzate dai servizi di sanità pubblica, adottando stabilmente un metodo basato sull’analisi dei problemi di salute, la scelta delle priorità, l’identificazione e attivazione di interventi efficaci, la valutazione dell’impatto degli interventi, la ridefinizione degli obiettivi.

Alla fine del 2007 i Ministeri della Salute dei 27 Paesi della UE – riuniti a Roma nella Conferenza Ministeriale promossa dal Ministero della Salute italiano congiuntamente alla Commissione Europea, all’OMS e all’Ufficio regionale europeo – hanno approvato, per acclamazione, la Dichiarazione su *La salute in tutte le politiche* volta a promuovere politiche favorevoli alla salute in diversi ambiti quali alimentazione, ambiente, commercio, educazione, industria, lavoro e trasporti. Tutti i partecipanti hanno convenuto sull’importanza di avviare politiche in grado di incidere sulla riduzione della mortalità e delle malattie, riconducibili a diversi fattori di rischio evitabili o controllabili, quali abitudine al fumo, alcol, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, inattività fisica, ipercolesterolemia, ipertensione.

Anche il Trattato di Maastricht (1992), all’art. 152 (ex 129), afferma che “nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”. Questo concetto è inoltre stato ripreso nel Libro Bianco presentato dalla Commissione delle Comunità Europee nell’ottobre 2007, *Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell’Unione europea per il periodo 2008-2013*, inserito nel terzo dei quattro “Principi fondamentali per l’azione comunitaria nel settore della salute”: il principio della “Salute in tutte le politiche” (*Health in all policies*, HIAP).

L’approccio HIAP va adottato anche nelle politiche esterne, fra cui quelle relative allo sviluppo, alle relazioni internazionali e al commercio. La globalizzazione, infatti, fa sì che i problemi e le soluzioni in materia di salute attraversino le frontiere e presentino spesso cause e conseguenze intersettoriali.

Pertanto il principio della “salute in tutte le politiche” è principio guida e ispiratore di tutte le azioni del PRP e per tutta la sua durata dovrà essere posta enfasi ad alcuni temi cruciali nei confronti dei quali si ritiene debba essere mantenuto un elevato livello di attenzione:

- attenzione alle disuguaglianze di salute;
- attenzione sia per la salute fisica sia per quella mentale. Gli stili di vita possono essere efficacemente influenzati ricercando alleanze tra le politiche sanitarie e quelle che incidono sui vari ambienti e le comunità in cui le persone vivono e lavorano, nonché sulle condizioni globali economiche, sociali e ambientali che influenzano la disponibilità e desiderabilità delle scelte sanitarie;
- attenzione a favorire negli amministratori e nei responsabili a livello regionale e locale la consapevolezza dell’impatto delle politiche sulla salute, stimolandoli a integrare le considerazioni attinenti la salute nell’ambito dei loro processi decisionali e operativi. Lo strumento dei Profili e Piani per la Salute (PePS) è particolarmente idoneo a promuovere tale integrazione;
- attenzione a promuovere e incoraggiare la valutazione dell’impatto sulla salute intesa come importante strumento per l’attuazione della salute in tutte le politiche.

L'evidenza disponibile suggerisce, infatti, che la valutazione dell'impatto sulla salute può essere utilizzata con successo anche per mettere in evidenza le connessioni fra risultati di salute, determinanti e politiche di salute e va quindi presa in seria considerazione in numerosi processi decisionali; occorre presentare meglio il valore di tale strumento in settori diversi da quello sanitario al fine di rafforzarne l'accettazione e lo sviluppo;

- attenzione a incoraggiare l'impegno a preparare rapporti analitici sui determinanti chiave della salute, nonché sulle buone pratiche nelle politiche intersettoriali e sugli approcci per condizionare favorevolmente questi determinanti.

2. Contrasto alle diseguaglianze

La popolazione del Piemonte in media sta bene: sta meglio rispetto al passato e spesso anche rispetto a chi vive nel resto d'Europa. Eppure le medie mascherano l'esistenza di differenze sistematiche. Viviamo in una società stratificata, dove le persone privilegiate stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Queste differenze sono socialmente determinate, sono ingiuste e modificabili; pertanto sono disparità evitabili. Considerando che le disparità sistematiche di salute sono influenzate dal modo con cui la società distribuisce le risorse, allora è responsabilità della comunità mettere in opera azioni per rendere questa distribuzione più giusta. Per tali ragioni il PSSR si propone di adottare interventi per ridurre le disparità nella salute e nella qualità sociale della vita.

Il PSSR riconosce che una più giusta distribuzione delle risorse è una buona politica di sanità pubblica, perché consente di aumentare i benefici di salute in una popolazione agendo sulla salute di quei gruppi sociali e di quelle persone che soffrono di maggiori svantaggi di salute.

Il PSSR ricorda che la prevenzione e la promozione della salute, basate su interventi di provata efficacia, hanno un ruolo determinante anche nel contrastare la vulnerabilità sociale e i rischi per la salute evidenziati dalle disuguaglianze. La lotta alle disuguaglianze e la promozione della salute per tutta la popolazione sono parte strutturale degli interventi delle politiche sanitarie e di quelle non sanitarie, che individuano nei Profili e Piani per la Salute (PePS) gli strumenti volti orientare le politiche del territorio verso obiettivi di salute.

Non va trascurato, infine, il fattore supporto sociale: infatti, i livelli di salute di una popolazione sono qualcosa di più della semplice somma aritmetica della salute dei suoi singoli membri e i determinanti della salute di una popolazione sono sia di tipo individuale sia di tipo collettivo. Le reti e le altre strutture sociali hanno la capacità di fornire benefici ai propri membri attraverso due principali componenti: l'elemento relazionale, indiretto (fiducia, reciprocità che facilita le interazioni sociali ed economiche), e l'elemento materiale (beneficio diretto) collegato alle risorse a cui l'individuo e la comunità possono avere accesso.

Questi indirizzi del PSSR corrispondono alle principali raccomandazioni internazionali sui temi della salute e delle disuguaglianze di salute, elaborate negli ultimi anni dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Unione Europea. In particolare la recente Comunicazione della Commissione Europea sulla Solidarietà nella Salute conferisce un mandato esplicito alle politiche europee e a quelle dei paesi membri e delle loro regioni verso il conseguimento di concreti risultati di controllo delle disuguaglianze di salute entro il 2012.

Il PRP assume quindi il tema della riduzione delle disuguaglianze all'interno di tutte le sue articolazioni e, pur nella consapevolezza dell'importanza delle risorse economiche e materiali nel produrre disuguaglianza, individua quali assi di intervento prioritari:

- il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico per i gruppi e le aree geografiche e sociali più poveri di risorse: cibi sani, luoghi sicuri, abitazioni di qualità, lavoro stabile e sano, reti di aiuto più ricche e accoglienti;
- l'utilizzazione di leve anche economiche per permettere ai gruppi e alle aree sociali e geografiche più poveri di vivere in modo più sano (prezzi, incentivi, reddito, accessi gratuiti ai servizi...);
- l'intervento precoce nella vita per la prevenzione dei comportamenti pericolosi per la salute e delle malattie croniche (salute materna e infantile, comportamenti antisociali, dipendenze, competenze per stare in salute e curarsi), perché da questi dipende una parte significativa delle disuguaglianze di salute dell'adulto;
- la garanzia per tutta la popolazione di eguale possibilità di accesso ai servizi e agli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, con una discriminazione positiva per i gruppi e le aree sociali e geografiche che mostrano difficoltà di accesso.

Inoltre, è necessaria una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i Servizi che operano per la salute mentale e per le tossicodipendenze, in modo da rafforzare le azioni che consentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione.

Per il ruolo positivo della qualità dei servizi e delle relazioni umane sottese, un'attenzione particolare va riservata alla promozione non solo di tutti i processi di agevolazione effettiva di accesso ai servizi per le fasce fragili di popolazione, ma anche dei processi di umanizzazione della medicina rispettosi dei diritti e delle sensibilità dei pazienti, di valorizzazione degli aspetti di supporto, anche psicologico, al malato, di promozione del ruolo del volontariato.

3. Governance

Si definisce clinical governance quella strategia mediante la quale "le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale" (*NHS White Paper: A First Class Service*, 1998).

Gli strumenti metodologici sono quelli propri delle pratiche basate sull'evidenza:

- analisi dei dati e del contesto;
- utilizzo delle migliori prove di efficacia;
- monitoraggio dei risultati;
- definizione di linee guida e percorsi diagnostici, terapeutici e di prevenzione;
- *technology assessment*;
- integrazione delle risorse e collaborazione multidisciplinare;
- gestione del rischio;
- audit;
- formazione e coinvolgimento degli operatori;
- formazione e coinvolgimento del cittadino.

I piani di prevenzione 2005-2007 hanno già sperimentato e consolidato alcuni essenziali strumenti di programmazione: analisi del problema fondata attraverso le informazioni epidemiologiche e proposte operative supportate da prove di efficacia.

L'utilizzo di dati epidemiologici derivanti dai flussi informativi correnti (malattie infettive, infortuni, cause di morte, certificati di assistenza al parto, ecc.) è infatti importante per caratterizzare il profilo di salute di una comunità, determinare la dimensione dei fenomeni e individuare priorità. L'implementazione di strumenti di conoscenza di dati relativi ai determinanti per la salute (sorveglianza PASSI, progetto OKkio alla Salute, mappe di rischio, epidemiosorveglianza veterinaria, ecc.)

è altrettanto importante per individuare il peso delle diverse componenti di un problema di salute e valutare il grado di risolvibilità. Lo sforzo di individuare evidenze scientifiche a sostegno delle scelte operative garantisce il corretto utilizzo delle risorse, oltre che il conseguimento del risultato vero di salute.

La valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (ad esempio coperture vaccinali, percentuali di adesione agli screening, risultati dei controlli ufficiali, ecc.) costituisce strumento per la ri-calibrazione e la riprogrammazione degli interventi.

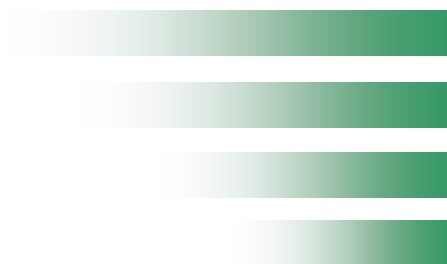
Occorre continuare la progressiva maturazione del sistema, applicando anche nella prevenzione i principi di governance già ampiamente utilizzati in clinica.

In Regione Piemonte il percorso è stato ampiamente tracciato dal PSSR e gli obiettivi della governance ben si riconoscono fra i compiti che la Regione Piemonte ha assegnato alla Direzione Integrata della Prevenzione¹: promuovere azioni di coordinamento fra il livello centrale regionale e le ASL, sostenere i progetti e le iniziative della programmazione centrale, sviluppare le attività di rete e di integrazione all'interno e all'esterno delle ASL, potenziare le attività di osservazione epidemiologica e di promozione della salute, recuperare efficienza ed efficacia, ricondurre problemi e rischi a gerarchie di valori e priorità, sviluppare un adeguato sistema di comunicazione con la popolazione, garantire la gestione integrata delle emergenze: l'organizzazione che si è delineata durante la fase sperimentale conforta le potenzialità di questa scelta rispetto al buon governo di tutto il sistema.

¹ DGR n. 10-10267 del 16/12/2008.

capitolo 2

LA SALUTE IN PIEMONTE



Il capitolo riassume e commenta i **principali indicatori dello stato di salute** della popolazione piemontese messi a confronto con quelli della popolazione italiana, così come riportati nella tabella allegata al testo (Allegato, pag. 46) Tutti gli indicatori presentati sono di fonte istituzionale e i più recenti disponibili*. In assenza di dati e indicatori a livello regionale i commenti sono riferiti alla situazione italiana. I dati sono commentati alla luce delle trasformazioni avvenute negli ultimi decenni per identificare le principali sfide che rimangono aperte per le politiche sanitarie e di promozione della salute nella Regione. Gli argomenti trattati in questo capitolo saranno ripresi e/o approfonditi in modo specifico nei singoli paragrafi dedicati agli obiettivi di salute.

1. I principali problemi di salute negli ultimi trent'anni in Piemonte

In Piemonte, come nel resto del Paese, nell'ultimo secolo la speranza di vita alla nascita tra gli uomini è passata da poco più di 40 anni del 1900 a 78,4 nel 2008 con un guadagno di oltre 35 anni; mentre per le donne nello stesso arco di tempo il guadagno è stato ancora superiore (83,6 anni nel 2008). La supermortalità maschile dà luogo a cinque anni di svantaggio nella speranza di vita per gli uomini, uno svantaggio prevalentemente spiegato da eccessi della mortalità giovanile (quattro volte maggiore tra i maschi) e adulta (tre volte maggiore quella per malattie circolatorie)¹. Di questi anni guadagnati in un secolo più di un quarto sono ancora stati ottenuti nell'ultimo trentennio.

Il miglioramento della sopravvivenza fino agli anni sessanta era dovuto prevalentemente alla diminuzione della mortalità infantile e giovanile. Negli ultimi decenni esso riguarda ancora la mortalità infantile (da circa 30 per mille dell'inizio del '70 alla soglia del 3,4 per mille nel 2006), ma soprattutto le età adulta e anziana. Invece nelle età giovanili questo miglioramento si è interrotto per più di un decennio a causa dell'epidemia delle cause di morte correlate alla droga.

Nell'età adulta e anziana le cause di morte che più hanno contribuito a questo favorevole andamento della sopravvivenza negli ultimi tre decenni sono le malattie del sistema circolatorio (diminuite di più del 40% tra gli uomini e di più del 50% tra le donne rispetto ad una media di riduzione della mortalità generale nei tre decenni di più del 30%, grazie sia al controllo di numerosi fattori di rischio, sia all'efficacia dei trattamenti) e le malattie degli apparati respiratorio e digerente (ridotte entrambe di circa il 60% grazie al miglioramento delle condizioni di vita alla nascita delle nuove generazioni, e al controllo dei fattori di rischio ambientali e comportamentali). Tra i più anziani si registra un aumento delle morti dovute a malattie del sistema nervoso, in particolare per le demenze. Nel caso delle patologie neoplastiche la mortalità sta ancora aumentando nelle generazioni più anziane e sta iniziando a diminuire, lentamente, solo nell'età adulta.

Per i tumori, in Piemonte, l'incidenza aumenta per quasi tutte le sedi (eccezioni più importanti il tumore dello stomaco e quelli dell'esofago e della laringe); questo aumento è dovuto probabilmente al miglioramento delle tecniche diagnostiche che consentono di anticipare l'identificazione della patologia prima che diventi sintomatica (tumori della prostata e del grosso intestino), l'attivazione di programmi di screening (mammella), e, in alcune sedi, l'impatto ancora in crescita della

* Cfr. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. *Rapporto Osservasalute 2009. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane.*

esposizione a molti fattori di rischio ambientali e comportamentali (è il caso soprattutto del tumore del polmone, che aumenta tra le donne e diminuisce tra gli uomini in modo parallelo al diverso profilo epidemico dell'abitudine al fumo nei due sessi di due decenni fa)². Viceversa, si divarica la forbice con la mortalità, che come abbiamo visto comincia a diminuire grazie al miglioramento progressivo della sopravvivenza relativa a 5 anni, che a Torino nel periodo 1985-2004 è passata dal 34% al 49% tra gli uomini e dal 49 al 60% tra le donne (differenza attribuibile alla migliore sopravvivenza del tumore della mammella e a quella peggiore del polmone prevalente tra gli uomini)³. Va tuttavia segnalato che in alcune nazioni (USA, Finlandia, Svizzera) l'incidenza ha iniziato a ridursi; è possibile attendersi che, pur con un ritardo di alcuni anni, questa inversione di tendenza coinvolga anche altri Paesi ricchi, fra i quali l'Italia.

Per quanto riguarda la grande diminuzione di mortalità per malattie ischemiche di cuore (e più in generale per malattie circolatorie), in assenza di una diffusione di registri di patologia come nel caso dei tumori, è più complesso individuare il contributo relativo della riduzione di incidenza o del miglioramento della sopravvivenza. I risultati dello studio MONICA, a cui hanno partecipato centri di 21 nazioni diverse, portano a concludere che il forte calo della mortalità sia attribuibile per i due terzi alla riduzione di incidenza e per un terzo al miglioramento delle terapie e che il principale determinante del declino nella mortalità è ciò che determina il declino dei tassi di incidenza⁴. Nel caso dell'Italia (rappresentata da due soli centri, entrambi nell'Italia settentrionale: Brianza e Friuli) questo rapporto sembra meno sbilanciato, essendo circa del 50% per ognuna delle due componenti. È probabile che questo dipenda dalla minore esposizione (rispetto a Nord Europa o USA) ad alcuni fattori di rischio (per esempio la dieta aterogena), tipica delle popolazioni mediterranee. Partendo da valori bassi la riduzione relativa è stata inferiore a quella ottenuta in Paesi in cui la prevalenza era (e spesso rimane) più elevata di quella italiana. L'evidenza scientifica ad oggi disponibile conferma l'importanza sia di tutto quanto porta a ridurre l'incidenza di cardiopatia ischemica, sia del miglioramento delle terapie.

In termini di morbosità, il processo di invecchiamento della popolazione, in presenza di un aumento di efficacia delle terapie, produce un aumento sistematico della prevalenza delle condizioni morbose croniche meritevoli di trattamento sanitario; nei dati ILSA, l'unico studio longitudinale italiano sul tema, questo fenomeno ha portato nel decennio 1992-2002 ad un aumento di prevalenza tra gli ultra 75enni del 26% degli infarti, 22% dello scompenso di cuore, 11% dell'ipertensione, 45% del diabete, 43% delle arteriopatie periferiche, 17% di ictus, 8% di demenze; a questo si è affiancato un raddoppio della prevalenza delle disabilità gravi (da 4 a 8%)⁵. Alcune di queste condizioni potranno essere oggetto nel futuro di una compressione della morbosità, grazie agli effetti dilazionati del miglioramento già avvenuto nelle condizioni e nelle abitudini di vita delle nuove generazioni che stanno invecchiando e anche in forza delle politiche di *active aging* che verranno eventualmente intraprese. Andrebbe studiato se questo andamento sarà in grado di contrastare gli effetti del progressivo invecchiamento della popolazione sull'aumento della prevalenza della morbosità cronica e della disabilità. Per gran parte di questi fenomeni non sono disponibili stime affidabili sulle previsioni di andamento temporale nei prossimi anni. È vero che la prevalenza di disabilità è diminuita in alcuni Paesi, ma l'invecchiamento della popolazione può incidere sull'aumento del numero di anziani con disabilità grave che necessitano, quindi, di assistenza a lungo termine⁶.

Molti altri andamenti epidemiologici favorevoli osservati in questi ultimi anni sono correlati all'impatto di specifiche misure di prevenzione o di assistenza che

verosimilmente continueranno a produrre i loro benefici nel futuro: la diminuzione della mortalità per tumori del polmone tra gli uomini (per una maggiore diffusione della cessazione nel fumo), un aumento del tasso di copertura vaccinale tra i bambini e tra gli anziani (per una maggiore capillarità degli interventi di diffusione attraverso l'informazione e la convocazione attiva, ad esempio), una diminuzione del tasso di gravidanze precoci e del tasso di abortività volontaria (per una miglior conoscenza delle possibilità di procreazione responsabile), una diminuzione degli infortuni sul lavoro (per la deindustrializzazione), una diminuzione del tasso di incidentalità stradale (per misure preventive di controllo come la patente a punti), la diminuzione della mortalità per AIDS (per l'efficacia delle cure).

Tra gli andamenti sfavorevoli si potrebbero ricordare la persistenza di problemi ambientali soprattutto nelle grandi città (qualità dell'aria, emergenze stagionali come le ondate di calore, rumore), la crescita del numero di contagi per malattie sessualmente trasmesse, l'aumento del contenuto energetico delle diete e l'aumento dell'obesità, l'aumento della sedentarietà, l'aumento del consumo di alcol e di nuove droghe tra i giovani. Tra gli anziani andamenti sfavorevoli sono attesi per l'aumento della demenza, delle cadute, dell'abuso o dell'uso scorretto di farmaci, della solitudine, e dell'impatto delle barriere architettoniche in casa e nella città.

Per quanto riguarda i disturbi mentali, in Italia, secondo l'indagine ESEMeD (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*), nel 2002-2003 la prevalenza di coloro che avevano sofferto di uno o più disturbi mentali non psicotici nei dodici mesi precedenti l'intervista è stata del 7,3% (I.C. 95%: 6,0-8,6); i disturbi più frequenti sono stati quelli d'ansia, con una prevalenza annuale del 5,1% e quelli depressivi, con una prevalenza annuale del 3,5%. I disturbi mentali sono risultati più frequenti nelle donne (OR = 2,8; IC 95% 1,9-4,2), nei disabili (OR = 7,9; IC 95% 4,4-14,4) e nelle casalinghe (OR = 1,9; IC 95% 1,1-3,1). I disturbi depressivi sono risultati più frequenti nei disabili, nelle donne e nei disoccupati e meno frequenti nelle persone di scolarità elevata (più di 13 anni). Si è riscontrata una tendenza ad una maggiore prevalenza di disturbi sia depressivi, sia d'ansia nel Sud e nelle Isole rispetto al Centro e al Nord del Paese, e una minor prevalenza di disturbi nella classi di età centrali (24-49 anni), che però in entrambi i casi non ha raggiunto la significatività statistica. Rispetto agli altri paesi europei la prevalenza dei disturbi è risultata relativamente bassa; l'unico paese con una frequenza simile di disturbi mentali comuni è stata la Spagna⁷.

In tema di bisogno non espresso, anche sulla non autosufficienza dell'anziano si conosce solo la quota che si trasforma in domanda, e, persino su questa, non si dispone ancora di adeguati sistemi informativi sul piano regionale; non è invece nota la prevalenza e la distribuzione di questi problemi nella popolazione generale, inclusiva della quota di bisogno che non trova espressione in una domanda di servizi. Nuovi punti di vista consentono di intravedere anche nuovi problemi di salute. Ad esempio le differenze di genere richiamano da un lato varie forme di discriminazione delle donne nel mercato del lavoro o nell'accesso ad ambienti naturali e cittadini per paura di violenze nonché l'abuso (violenza fisica, psicologica e sessuale) a carico delle stesse; dall'altro, rovesciando la medaglia, il tema del maggior rischio tra i maschi di comportamenti pericolosi (abuso di alcol, droghe e gioco d'azzardo, incidenti stradali o sportivi).

Infine va ricordato che la globalizzazione delle nostre società può apportare opportunità (ad esempio nuova forza lavoro più sana con le immigrazioni), ma può anche introdurre nuove minacce, ad esempio nuove malattie trasmissibili (BSE, SARS, influenza aviaria sono gli esempi più noti degli ultimi anni).

2. Le principali sfide della salute in Piemonte

La salute di una società che invecchia

Un piemontese su quattro ha oltre 65 anni e quasi uno su tre di questi vive da solo. La situazione demografica mostra un Piemonte più vecchio e dipendente, con un saldo naturale negativo, tra quelli più sfavorevoli nel panorama nazionale⁸. Nella dinamica migratoria il Piemonte attrae, come altre regioni del centro-nord, gli immigrati stranieri, che contribuiscono a un significativo recupero della fecondità. La dimensione della famiglia rimane piuttosto piccola, con un numero medio di componenti tra i più bassi in Italia. Il livello di istruzione, innalzatosi in questi anni in tutto il Paese, mostra ancora un lieve svantaggio rispetto alle altre regioni del Nord. Meno di due uomini su tre e di una donna su due sono attivi in ambito lavorativo. Il reddito medio per abitante risulta superiore a quello medio italiano, ma inferiore alla media del nord Italia. Nel 2007 le famiglie in condizioni di povertà relativa rappresentano il 6,6% delle famiglie residenti⁹.

La povertà è concentrata particolarmente nelle famiglie numerose, in quelle con capofamiglia disoccupato e con bassa istruzione, fra gli anziani soli¹⁰. I fenomeni demografici più significativi per l'impatto sulla salute e sulla sanità sono l'invecchiamento della popolazione e l'immigrazione da paesi poveri ad alta pressione migratoria.

L'invecchiamento ha un impatto sulla salute che si esprime su numerose dimensioni. A breve termine, infatti, si sta osservando un invecchiamento progressivo della forza di lavoro, di dimensioni mai viste prima, anche se moderate dal tentativo, peraltro sempre più contrastato dalle politiche previdenziali, di espulsione dal mercato dei lavoratori in esubero più anziani. Questo fenomeno può avere conseguenze inedite sulla salute che occorrerebbe prendere in considerazione in modo tempestivo. La prima conseguenza riguarda i riflessi negativi per la salute fisica e mentale dettati dalle necessità che un lavoratore che invecchia ha di adattarsi a un posto di lavoro e a una mansione che sono stati progettati per una forza di lavoro più giovane: l'ergonomia e l'organizzazione del lavoro dovranno tenere in considerazione questa nuova esigenza, se non vogliono compromettere le abilità lavorative di una forza lavoro più anziana; fatto che potrebbe far perdere produttività, generare assenteismo e aumentare i costi per l'assistenza sanitaria. Il secondo aspetto, correlato al precedente, è che il luogo di lavoro è il contesto dove la persona può imparare con più facilità a curare le proprie abilità funzionali, fisiche, cognitive e sociali, abilità che costituiscono il migliore viatico per un invecchiamento in salute: oggi questi obiettivi di promozione della salute attraverso l'educazione agli stili di vita salutari e attraverso la pratica dell'esercizio fisico regolare non sono perseguiti nei luoghi di lavoro, perdendosi così un'altra occasione preziosa per mantenere questa *work ability*¹¹.

Sempre sul versante sociale ed economico, ma più a medio termine, ci si può attendere che il progressivo invecchiamento della popolazione cambi radicalmente la domanda di beni e servizi: ci sarà più bisogno di quelli relativi all'assistenza sanitaria e meno di quelli di altro genere; il settore sanitario diventerà ancor più un volano di sviluppo economico per la produzione di beni e servizi per una popolazione di consumatori che mostrerà bisogni e preferenze decisamente nuovi rispetto al passato. Si stima che questo fenomeno possa comportare un aumento di circa il 30% nei prossimi 30 anni nel fabbisogno di assistenza, soprattutto di lungo-assistenza; la previsione di questo aumento sollecita la politica a trovare per tempo adeguate modalità di finanziamento per far fronte a questo nuovo fabbisogno¹². Infatti, tra le politiche utili per contrastare questo aumento del fabbisogno di lungo-

assistenza, quelle sull'aumento della migrazione e della fertilità sono poco proponibili e sostenibili. Maggiori attese sono legate alle politiche che cercano di comprimere la morbosità. In proposito però la letteratura offre risultati controversi; infatti, le politiche di prevenzione sul fumo o sull'obesità, ad esempio, possono ridurre la morbosità correlata, ma non quella che la sostituirebbe in età più avanzate, e non è quindi dimostrato che queste politiche possano avere un impatto sempre favorevole sui costi dell'assistenza sanitaria.

La salute straniera

Il secondo cambiamento demografico significativo registrato in Piemonte negli ultimi decenni riguarda l'immigrazione. La domanda di salute espressa dagli immigrati merita attenzione non solo per le dimensioni ragguardevoli della popolazione, con ogni probabilità ancora destinate a crescere, ma anche perché essa presenta tratti peculiari, che iniziano a manifestarsi proprio in questi anni, quando, superata la fase dei primi flussi e della relativa provvisorietà ed emergenza, si entra nelle fasi della stabilizzazione delle presenze e della costituzione di nuovi nuclei familiari.

Numerosi fattori contribuiscono a formare la domanda di salute espressa al sistema sanitario dalla popolazione immigrata: la particolare composizione per età e per genere (significativamente diversa rispetto a quella della popolazione autoctona), il profilo di esposizione a fattori di rischio e alle malattie di importazione, la distribuzione per paese di origine (nel caso piemontese un vero e proprio caleidoscopio di provenienze diverse che le ondate più recenti hanno contribuito a differenziare ulteriormente, con alcuni gruppi etnici dell'Europa orientale che risultano quantitativamente dominanti), la fase del ciclo migratorio. Tra i fattori di rischio generalmente riscontrabili nell'esperienza migratoria si possono ricordare le condizioni abitative e alimentari spesso inadeguate, le diversità climatiche, la mancanza di supporto psico-affettivo, solo in parte compensata dalla presenza di reti comunitarie di assistenza e di conforto, lo sradicamento culturale e le difficoltà concrete nella realizzazione del progetto migratorio, eventuali discriminazioni tali da limitare l'accesso a servizi e a prestazioni socio-sanitarie.

Gli unici indizi epidemiologici disponibili in modo sistematico sulla salute straniera in Italia derivano dalla distribuzione dei ricoveri ospedalieri. A parità di età, escludendo i ricoveri legati al percorso nascita, gli stranieri di entrambi i sessi mostrano una minore propensione al ricovero rispetto alla popolazione nativa; fatto che potrebbe essere segno del cosiddetto "effetto migrante sano", cioè, da un lato, la selezione alla partenza dei più sani e, dall'altro, il ritorno dei malati al Paese d'origine una volta preso atto del fallimento del progetto migratorio.

Negli ultimi anni si registra in Piemonte un lieve ma costante incremento dei ricoveri a carico di cittadini stranieri.

Tra gli immigrati maschi da paesi a forte spinta migratoria (PFPM), la maggior frequenza di ricoveri si riscontra in età adulta, nelle classi 18-34 anni e 35-49 anni mentre nelle donne le degenze sono concentrate nella fascia 18-34 anni.

Gli uomini immigrati sono soggetti prevalentemente a degenze per "traumatismi e avvelenamenti" seguite da quelle per malattie dell'apparato respiratorio e digerente, mentre le donne immigrate sono ricoverate prevalentemente per cause ostetriche.

La frequenza dei ricoveri urgenti risulta nettamente superiore nella popolazione immigrata, fatto verosimilmente attribuibile a una scarsa conoscenza dei servizi territoriali, alla possibilità di accedere al Pronto Soccorso in tutti i giorni della settimana e in tutte le fasce orarie, alla tendenza riscontrata in alcuni pazienti di attendere (per modello culturale o per necessità) che la malattia si manifesti in

maniera eclatante prima di accettare di sottoporsi a visite ed esami, alla maggior incidenza tra gli immigrati di ricoveri per eventi traumatici, ovviamente, non programmabili.

Andamenti molto differenti si registrano nel caso dei ricoveri ostetrici tra le donne italiane e le donne straniere: tra le prime i parti rappresentano la metà delle cause di degenza, valore in calo tra le immigrate regolari e ancor più nelle irregolari per le quali i parti rappresentano solo un quinto dei ricoveri ostetrici. Andamento opposto si registra per le IVG dove i ricoveri sono superiori tra le donne immigrate rispetto alle italiane: circa il doppio nelle regolari e il triplo nelle straniere temporaneamente presenti (STP)¹³.

Il problema delle malattie di importazione risulta abbastanza circoscritto, esse hanno a che fare con il bagaglio, genetico o acquisito, di patologie, predisposizioni o abitudini rilevanti per la salute, che gli stranieri importano dal proprio paese di origine. Sebbene occupino un posto di rilievo nell'immaginario collettivo, raramente questi problemi costituiscono una concreta minaccia per la popolazione che riceve e va affrontato con idonei sistemi di sorveglianza e di cura a bassa soglia. Il problema delle differenze e specificità culturali va letto anche nel ridisegno dell'organizzazione sanitaria e della formazione professionale. Il problema della scarsa sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro rimanda alla necessità di iniziative mirate di prevenzione per la salvaguardia del patrimonio di salute dello straniero immigrato. Le lacune conoscitive sul rapporto tra salute e migrazione devono essere colmate con adeguate integrazioni nei sistemi informativi sanitari regionali.

La salute europea e la salute globale

L'impatto delle istituzioni europee sulle politiche correlate alla salute crescerà progressivamente nei prossimi anni, anche nel settore della sanità che, dopo Lisbona, è diventata un oggetto delle azioni di coordinamento europee. Come già accaduto in altre azioni di coordinamento comunitarie (ad esempio politiche del lavoro e sociali), questa innovazione potrà portare nuovi stimoli alla programmazione italiana in materia, da subito registrabili nel nuovo ciclo di programmazione dei fondi strutturali 2007-2013, che contiene la consapevolezza del ruolo della salute nello sviluppo economico¹⁴.

In effetti, i regolamenti comunitari spesso sono stati un'occasione per innovare la normativa italiana su temi importanti per la salvaguardia e la promozione della salute, ad esempio nel caso della sicurezza e dell'igiene nel lavoro. Alcune di queste raccomandazioni internazionali più di *main stream*, come quelle dell'OMS o dell'UE su una sanità pubblica fondata sui determinanti della salute (*Health in All Policies*)¹⁵ e sull'*Health Impact Assessment* di tutte le politiche rilevanti, hanno avuto un qualche impatto nella nostra Regione, che le ha tradotte nella linea di lavoro dei Profili epidemiologici e Piani per la Salute (PEPS) attribuendone la responsabilità prevalente ai Sindaci; e ha partecipato, attraverso un progetto del Consiglio Regionale integrato con analoghi progetti di altre regioni (progetto CAPIRE), a un esercizio di valutazione dell'impatto per ogni politica rilevante per la responsabilità regionale.

In altri casi i regolamenti comunitari o internazionali possono invece rappresentare ostacoli o punti critici; ad esempio la regolamentazione sul commercio è un ostacolo per le politiche restrittive sugli alcolici; il sostegno economico comunitario ai produttori di tabacco è in contraddizione con il peso che si intende attribuire alle politiche di contrasto del fumo; i sussidi comunitari che promuovono il consumo di prodotti caseari ad alto contenuto di grassi e che sostengono il prezzo della frutta e verdura possono essere in contraddizione con gli obiettivi di prevenzione nella dieta,

soprattutto nelle fasce di popolazione più povere. Le stesse politiche della UE, legate all'industria alimentare, prestano scarsa attenzione alla diffusione dei cibi di qualità scadente, con l'aumento dei consumi di cibi salati, bevande gassate ricche di zuccheri e in generale di stili alimentari che portano a un aumento di obesità, sindrome metabolica e ipertensione.

Recentemente la Commissione Europea ha approvato una Comunicazione sulla Solidarietà nella Salute¹⁶ che dà indirizzi al parlamento e al Consiglio d'Europa e ai Paesi Membri su come affrontare le disuguaglianze di salute attraverso una ricalibrazione delle politiche di propria competenza¹⁷. La Presidenza del Comitato delle Regioni di Europa potrebbe costituire un'opportunità per affermare il ruolo del Piemonte nell'orientamento delle politiche non sanitarie verso obiettivi di salute.

La salute diseguale

In Piemonte, come in tutte le regioni più ricche dell'Europa, si osservano ancora importanti variazioni di salute. La geografia dei principali indicatori di mortalità in Piemonte mette in evidenza uno svantaggio delle aree montane rispetto al resto del territorio, con la sola eccezione di parte della Valle di Susa. Questa geografia ricalca quella della povertà materiale e di rete sociale¹⁸. La stessa correlazione tra mortalità e povertà si osserva a livello comunale a Torino e rimane piuttosto stabile negli ultimi tre decenni.¹⁹ Per dare una dimensione all'impatto di questo fenomeno, nel caso torinese, si può stimare che negli anni Duemila la speranza media di vita tra gli uomini residenti in un isolato ricco sia di quattro anni di vita più alta che tra i residenti in un isolato più povero. Occorre notare che queste disuguaglianze a loro volta sono più intense tra i giovani e gli adulti che non tra gli anziani¹⁹. Dunque la dimensione che spiega maggiormente l'eterogeneità geografica nella salute è quella della posizione sociale.

Le variazioni sociali nella salute sono evidenti in relazione a un'ampia gamma di indicatori di salute: incidenza e mortalità per la maggior parte delle malattie, prevalenza di cattiva salute o di disabilità autoriferita, esposizione a fattori di rischio ambientali e comportamentali. Inoltre, l'effetto è misurabile su tutte le dimensioni dello svantaggio e lungo tutto l'arco della vita: risorse culturali e di competenze (istruzione), risorse economiche (reddito, caratteristiche dell'abitazione), risorse di potere (status, posizione professionale), risorse di aiuto familiare e amicale (stato civile, rete sociale), ognuna delle quali influenza in modo indipendente la salute²⁰. Ad esempio, sempre a Torino negli anni Duemila, la prevalenza di diabete nelle donne di bassa scolarità è tre volte e mezzo superiore a quella nelle donne con alto titolo di studio²¹ e la speranza di vita tra i lavoratori manuali addetti a lavori meno qualificati è inferiore di quasi tre anni rispetto a quella dei dirigenti.

Una caratteristica significativa di questo impatto è che si manifesta non solo agli estremi più svantaggiati, ma lungo tutta la scala sociale: a qualsiasi livello della scala, comunque la si misuri, la salute di chi sta in quella posizione è migliore di quella di chi sta nella posizione immediatamente inferiore ed è peggiore di quella di chi sta nella posizione immediatamente superiore (cosiddetta *status syndrome*, o gradiente sociale)²².

Ci sono indizi diretti (cioè rilevati sulle misure di salute) e indiretti (cioè proiezioni sulle variazioni nella salute derivanti dall'andamento della distribuzione sociale dei fattori di rischio) che dimostrano che l'eterogeneità sociale nella salute, se non contrastata, si allargherà di intensità (distanza relativa tra più e meno svantaggiati) e per qualche dimensione sociale anche di estensione (proporzione di casi attribuibile a queste differenze), soprattutto in questo ciclo economico sfavorevole.

I meccanismi causali distali che generano queste differenze sono, da un lato, quei meccanismi economici e del mercato del lavoro che determinano la condizione di svantaggio sociale nel corso di vita di una persona, di una comunità, di un'area geografica e, dall'altro lato, sono i meccanismi del *welfare* e delle risorse di una comunità che servono a prevenire l'esclusione sociale e a moderare gli squilibri prodotti dallo sviluppo²³. Tra di essi si ricordano:

- i determinanti del reddito disponibile, con particolare attenzione all'occupazione, e soprattutto all'occupazione femminile;
- i determinanti dell'accesso alla conoscenza, sia per i giovani, sia per gli adulti di bassa qualificazione (obsolescenza delle competenze), per le conseguenze che può avere sulle credenziali utili all'occupazione e alla valorizzazione delle opportunità del contesto;
- i determinanti dei processi di marginalizzazione, fino all'esclusione dalla conoscenza, dal lavoro o dal tessuto sociale, con particolare importanza per le famiglie con minori, sui quali si innesta un processo di ereditarietà sociale dello svantaggio nella salute;
- i determinanti delle disuguaglianze relative (concentrazione del reddito, squilibrio tra livelli di autonomia e controllo sulle condizioni di vita) per l'influenza che hanno sulla *status syndrome*;
- i determinanti delle reti di supporto familiare e sociale, per l'importanza che hanno nel moderare gli effetti sulla salute dello svantaggio sociale.

I meccanismi prossimali sono quelle specifiche vie eziopatogenetiche che spiegano perché le persone più svantaggiate (relativamente o in assoluto) hanno la salute più compromessa^{20,23}

- hanno esiti riproduttivi più sfavorevoli (fisici, come basso peso, o emotivi, come limitato attaccamento alla madre), che sono predittivi di effetti sfavorevoli sulla salute adulta (in particolare, per malattie cardiovascolari, immunitarie, respiratorie, articolari e di salute mentale);
- sono più esposti a fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, alimentazione scorretta, sedentarietà, dipendenza, sesso insicuro, violenza...);
- sono più esposti a fattori di rischio psicosociali (situazioni stressanti, affrontate con scarsa autonomia e possibilità di controllo, e con limitate prospettive di adeguata ricompensa) nei luoghi di lavoro e nelle condizioni di vita quotidiane;
- sono più esposti a fattori di rischio ambientali pericolosi per la sicurezza e l'igiene (traffico, siti inquinati, lavoro usurante...);
- quando si ammalano, hanno maggiori probabilità di compromettere la carriera sociale;
- quando si ammalano, hanno maggiore probabilità di andare incontro a trattamenti inappropriati e minore probabilità di accedere tempestivamente a trattamenti efficaci e sicuri.

In conclusione, le variazioni geografiche nella salute e con esse, o più spesso dietro di esse, le disuguaglianze sociali nella salute sono un fenomeno che contemporaneamente:

- dimostra l'esistenza di problemi di salute potenzialmente risolvibili (poiché documentano che qualche area geografica o qualche fascia sociale è stata capace di raggiungere risultati migliori di salute);
- e rivela i determinanti strutturali, le condizioni di vita e i comportamenti delle persone e delle comunità che più influenzano la salute (in modo diseguale) e che, essendo noti, possono essere contrastati con adeguate politiche e interventi.

Queste premesse mettono in evidenza la necessità di una sanità pubblica che abbia per obiettivo quello di creare le condizioni sociali per una buona salute, su basi uguali per l'intera popolazione e che sia fondata sia sul contributo indiretto di tutti soggetti, spesso non sanitari, che sono responsabili di politiche che influenzano la

salute, sia sul contributo diretto della sanità pubblica nel coordinare, monitorare e controllare che questo accada.

Dunque alle spalle del profilo epidemiologico che si è appena descritto agiscono con loro dinamiche evolutive proprie i principali determinanti distali e prossimali della salute. Il contrasto ai determinanti distali è proprio delle politiche non sanitarie e il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010 individua nei Profili e Piani per la Salute (PePS)²⁴, costruiti a livello locale attraverso l'iniziativa e l'assunzione di responsabilità degli Enti Locali (i sindaci *in primis*), lo strumento per la valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte politico-amministrative, l'identificazione di obiettivi sostenibili e lo sviluppo e l'attuazione di politiche di salute.

Per quanto riguarda i determinanti prossimali, merita sintetizzare l'andamento temporale e geografico.

3. I principali determinanti prossimali della salute

I determinanti prossimali di salute sono quelli che hanno a che fare con la prevenzione (stili di vita, caratteristiche biologiche, fattori psico-sociali, rischi ambientali e da lavoro) e con l'assistenza (accesso ai servizi). L'impatto sulla salute di questi determinanti è ben noto ed è anche ben documentata l'efficacia degli interventi che si possono applicare su ognuno di essi. Il profilo epidemiologico degli ultimi trent'anni e le evoluzioni attese per il futuro consentono di valutare quali siano i determinanti sui quali concentrare prioritariamente l'attenzione.

Gli esercizi fatti dall'OMS per stimare i problemi di salute a maggiore impatto nella regione europea (malattie circolatorie, tumori, depressione e incidenti) identificano già i determinanti che hanno più influenza su questi stessi problemi di salute e per i quali esistono interventi di prevenzione efficaci. Questa operazione mette capo a una prima lista di potenziali priorità per la prevenzione che vede in ordine di impatto atteso: le dipendenze (tabacco, alcol e altre dipendenze), l'alimentazione squilibrata e la sedentarietà, i determinanti della depressione e del suo mancato riconoscimento, i bisogni misconosciuti del materno-infantile, le condizioni di lavoro, gli incidenti stradali, l'ambiente fisico e quello costruito dall'uomo.

Riguardo a questi fattori di rischio, il loro impatto sul carico globale di malattia espresso in DALY per l'area Euro – dati 2002 – è stimabile per gli uomini intorno al 24%, limitandosi solo alle patologie per le quali è stata calcolata una frazione attribuibile. Nell'Unione Europea il fumo provocherebbe circa il 90% dei tumori del polmone, l'80% delle broncopneumopatie croniche ostruttive, il 25% delle morti per malattie di cuore e il 15% della mortalità complessiva. Il fumo dei genitori e dei conviventi costituisce la maggiore fonte di esposizione dei bambini a rischi per la salute. Il fumo influenza la fertilità di donne e uomini, ed è inoltre correlato a talune patologie del feto.

Sebbene sia accertato che un consumo moderato di alcol, tra 10 e 30 grammi al giorno, riduca la mortalità per malattie del sistema circolatorio, specialmente la malattia coronarica e gli accidenti cerebrovascolari di origine ischemica, l'OMS stima che l'alcol sia correlato con il 3,2% (1,8 milioni) dei decessi nel mondo e il 4,0% dei DALY. Il consumo eccessivo e inappropriato di alcol è pericoloso non soltanto per il singolo individuo ma anche per chi lo circonda, e circa l'8-9% delle malattie nell'Unione Europea potrebbe essere attribuito al consumo di alcol, con frazioni che variano dall'11,7% della Francia al 3,5% della Svezia.

Alimentazione e nutrizione hanno una grande rilevanza nella prevenzione delle malattie e nella promozione della salute, e una dieta mal bilanciata può avere seri effetti sulla salute. A livello mondiale, l'OMS stima che circa il 58% del diabete

mellito, il 21% della malattia coronarica e quote tra l'8 e il 42% di alcuni tipi di tumore siano attribuibili a un indice di massa corporea superiore a 21. In EURO-A al sovrappeso vengono attribuiti negli uomini il 9,6% della mortalità e il 6,9% dei DALY, nelle donne l'11,5% della mortalità e l'8,1% del DALY. In particolare, un basso consumo di frutta e verdura sarebbe associato al 19% dei tumori gastro-intestinali, al 31% della malattia ischemica e all'11% dell'infarto. Globalmente il 4,9% delle morti (2,7 milioni) e l'1,8% del DALY (26,7 milioni) sarebbero attribuibili a un basso consumo di frutta e verdura, e in EURO-A il basso consumo sarebbe associato al 7,6% dei decessi e al 4,3% del DALY negli uomini, nonché al 7,4% dei decessi e al 3,4% del DALY nelle donne.

L'OMS stima che l'inattività fisica sia associata a 1,9 milioni di decessi e 19 milioni di DALY nel mondo. Essa sarebbe correlata in particolare al 10-16% dei casi di tumore del seno, del colon-retto e del diabete mellito di tipo II, e circa il 22% della malattia ischemica. In EURO-A, all'inattività fisica si potrebbe attribuire negli uomini il 6% dei decessi e il 3,3% dei DALY, nelle donne il 6,7% dei decessi e il 3,2% dei DALY. La sedentarietà raddoppierebbe il rischio di malattie cardiache, di diabete mellito di tipo II, di obesità e mortalità per cause cardiovascolari e ictus, facendo aumentare del 30% il rischio di ipertensione e di cancro²⁵. Secondo l'OMS, le patologie legate allo stile di vita sedentario rientrano tra le prime dieci cause di morte e di inabilità nel mondo.

Il fumo

Dal punto di vista della diffusione il fumo ha nel 2007 la stessa diffusione in Piemonte rispetto alla media italiana (un uomo su tre e una donna su otto). La fascia di età in cui è maggiore la prevalenza di fumatori è quella fra 25-34 anni fra gli uomini e 45-54 anni fra le donne²⁶. Nonostante la prevalenza sia scesa dal 1980 per entrambi i sessi, i fumatori sono ancora, nel 2007, il 22% dei piemontesi senza particolari variazioni geografiche tra i quadranti. La fascia di età in cui la prevalenza è scesa di meno (-34%) è quella più giovane, tra i 15 e i 29 anni, che, per quanto fosse quella con minori prevalenze nel 1980, sembra avviarsi ad essere quella che consuma più tabacco²⁷.

Nello studio HBSC su un campione di adolescenti, fumava ogni giorno il 16,1% dei quindicenni italiani (senza differenze di genere) e solo il 67,4% di essi era non fumatore²⁸.

Nel 2005 in Piemonte 25.708 ricoveri erano attribuibili al fumo di tabacco. Questa proporzione rappresenta il 4,4% di tutti i ricoveri effettuati in Piemonte, e diviene del 7,3% se si considerano solo gli uomini. La maggior parte di questi ricoveri (n = 17.745) si concentra fra la popolazione al di sotto dei 75 anni di età. Rispetto alla mortalità dovuta al fumo i dati piemontesi mostrano una tendenza a diminuire dal 1995 al 2003 tra gli uomini, mentre tendono a restare stabili tra le donne²⁷.

Per quanto riguarda il fumo in gravidanza (sono ben noti i danni che il fumo provoca sullo sviluppo del feto, in particolare per il rischio di nascere di basso peso rispetto all'epoca gestazionale), in Piemonte hanno dichiarato di fumare durante la gravidanza il 6,5% delle donne intervistate nell'indagine ISTAT sulla salute del 2005 (erano 9,2% nel 1999-2000)²⁹.

A fronte della diminuzione nel tempo della percentuale complessiva di fumatori, si registra un aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco³⁰.

I quadranti piemontesi si presentano abbastanza allineati nelle fasi dell'epidemia del fumo³¹. La popolazione piemontese si trova infatti ancora tra la cosiddetta terza e quarta fase dell'epidemia da fumo, quella cioè in cui in media sono gli uomini di bassa posizione sociale e le donne di elevata posizione sociale a fumare di più.

I dati a livello nazionale anticipano che questa transizione si sta rapidamente consumando, dato che tra le generazioni più giovani è evidente un progressivo spostamento dell'epidemia tra le persone meno istruite anche tra le donne³⁰; tanto che tra i nati negli anni Sessanta ormai il 53% dei giovani meno istruiti ha iniziato a fumare prima dei 40 anni contro il 37% dei più istruiti e anche il 34% delle giovani meno istruite ha iniziato a fumare contro il 31% di quelle più istruite. Nella stessa generazione la proporzione di fumatori che cessava di fumare era ben più alta tra i più istruiti (36% contro 30% tra i maschi e 42% contro 32% tra le femmine).

La distribuzione sociale della prevalenza e delle probabilità di iniziare e smettere di fumare sono anche conseguenza del principale fattore di rischio del tabagismo, che è l'influenza sociale. Partendo da questi elementi, considerati congiuntamente con le valutazioni di letteratura sugli interventi e strategie efficaci nel prevenire l'iniziazione e nel promuovere la cessazione, è possibile delineare le linee conduttrici di una strategia regionale in grado di contrastare il fenomeno: deve associare interventi di popolazione, volti a de-normalizzare il fumo di tabacco (interventi sui mass media, sui luoghi di lavoro, sulla famiglia ecc.) con interventi più mirati (scolastici comunitari), con l'obiettivo di dare strumenti di resistenza ai non fumatori e promuovere la motivazione a smettere nei fumatori.

L'alcol

L'OMS stima che il 9% del carico di malattia nella popolazione europea sia prodotto dall'alcol e che i costi diretti e indiretti, in termini generali e di danni a persone e patrimoni e di costi sanitari, siano intorno al 2% del PIL di ciascuna nazione.

I problemi di salute legati all'alcol riguardano sia le patologie alcol-correlate e la patologia da dipendenza da alcol nella popolazione generale, sia le conseguenze dirette e indirette degli abusi alcolici tra i giovani. Basti ricordare che gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte tra le persone al di sotto dei 45 anni e si stima che nel 40% dei casi l'alcol ne sia la causa.

Tra i rischi di abuso si devono annoverare sia il fenomeno dell'alcolismo, con il suo carico di disagio di problemi sociali, sia il fenomeno del bere eccessivo, in particolare tra i giovani. Questo riguarda episodi concentrati nel fine settimana o, comunque in situazione di svago e tempo libero.

Stima degli effetti sulla salute

Gli effetti sulla salute direttamente attribuibili al consumo di alcol negli ultimi anni sono diminuiti, proseguendo un trend risalente ad alcuni decenni fa, per effetto della diminuzione dei consumi di alcol pro-capite iniziata agli inizi degli anni Settanta. Il tasso standardizzato di mortalità attribuibile all'alcol in Piemonte è progressivamente diminuito sia negli uomini (da 54,3 per 100.000 nel 1980-1983 a 33,1 nel 2001-2003, 3,7% del totale dei decessi) sia nelle donne (da 18,7 per 100.000 residenti nel 1980-1983 a 11,2 nel 2001-2003, 1,9% del totale dei decessi). Il tasso standardizzato di ricovero per patologie alcol-correlate è anch'esso diminuito da 198,0 per 100.000 nel 1996 a 139,3 nel 2008 negli uomini (0,9% dei ricoveri) e da 56,1 per 100.000 residenti nel 1996 a 41,9 nel 2008 nelle donne (0,3% dei ricoveri).

Non esistono stime della proporzione di soggetti affetti da dipendenza da alcol: attraverso metodi di stima indiretti possiamo affermare che vi siano fra 18.500 a 67.000 a rischio di dipendenza in Piemonte.

Prevalenza e caratteristica dei consumi

In Italia il consumo di alcol puro pro capite è passato da 13,9 litri nel 1980, a 7,6 nel 2003, la percentuale di persone di 14 anni e più che consumano rispettivamente

vino, birra e altri alcolici (principalmente aperitivi) è passata in Italia da 56,9%, 47,2%, 39,5% nel 1998 a 56,1%, 46,3%, e 40,5% rispettivamente nel 2007.

Nel sistema di sorveglianza PASSI i bevitori a rischio (ovvero la somma di forti consumatori, chi ha bevuto negli ultimi 30 giorni più di 3 unità/giorno se uomo e più di 2 unità/giorno se donna, i bevitori *binge*, chi ha consumato almeno 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 30 giorni, e bevitori prevalentemente fuori pasto fuori pasto) risultano il 16,4%; coloro che dichiarano di bere prevalentemente o solo fuori pasto sono il 9,0%, i *binge* il 6,7% e i forti bevitori il 4,2%. Il consumo *binge* e quello prevalentemente fuori pasto risultano più diffusi nelle fasce di età giovanili e tra gli uomini. La quota maggiore di "forti consumatori" si registra invece tra gli uomini di 50-69 anni (10,1%).

Per quanto concerne i rapporti tra alcol e guida la medesima fonte rileva che, tra le persone che nell'ultimo mese hanno consumato alcol e guidato, il 12,7% lo ha fatto in stato di ebbrezza, dato pressoché sovrapponibile a quello nazionale (Pool nazionale PASSI 2008: 11,8%).

Nell'indagine HBSC del 2008 complessivamente sono circa il 40% i ragazzi di 11-15 anni di età che dichiarano di non consumare mai bevande alcoliche, con un deciso trend decrescente all'aumentare dell'età: solo il 17,4% dei quindicenni, infatti, non assume mai alcol. Al crescere dell'età la percentuale di quanti dichiarano di bere quotidianamente aumenta, passando da 1,5% a 5,2%. Circa l'80% dei ragazzi dichiara di non essersi mai ubriacato ma tale percentuale si riduce progressivamente al crescere delle età passando dal 92,7% dei più giovani al 63,8% dei più grandi. Parallelamente il numero di episodi di ubriachezza mostra un andamento crescente con l'età in entrambi i sessi, pur restando prevalentemente un fenomeno maschile. Non si evidenziano differenze rispetto all'indagine del 2004 eccetto una diminuzione dei quindicenni che dichiarano di bere tutti i giorni da 8% a 5%.

Dall'indagine ESPAD condotta nel 2006 nelle scuole medie superiori si osserva che la proporzione di soggetti che si sono ubriacati nell'ultimo anno va da 26,4% a 15 anni a 57,2% a 19 anni.

Non esistono invece, ad oggi, dati oggettivi sulla prevalenza di consumo di alcolici in contesti lavorativi.

Offerta di interventi

Sono 56 le sedi dei servizi pubblici ambulatoriali delle ASL piemontesi, con 454 operatori, dedicate all'alcoldipendenza. Il numero di utenti alcolodipendenti in carico ai servizi pubblici ambulatoriali è progressivamente aumentato negli anni da 2610 nel 1996 a 6184 nel 2008. Tale aumento è da ricondurre a una aumentata recettività da parte dei servizi e a una maggiore sensibilità della popolazione al riconoscimento della presenza dei problemi alcol-correlati e delle opzioni di trattamento. Stante alle stime di prevalenza della dipendenza riportate sopra, i servizi specialistici hanno in carico, nell'anno, una proporzione stimabile fra il 10% e il 34% dei soggetti portatori del problema.

Permangono importanti differenze nei tassi standardizzati tra le diverse sedi: il rapporto tra il tasso minimo e quello massimo è di sei volte. Queste differenze rispecchiano in parte la geografia del consumo (differenze montagna-pianura) e in parte la differente capacità di attrazione dei servizi.

Nei servizi pubblici alcolologici la terapia farmacologica è la tipologia di trattamento con cui vengono più frequentemente trattati i pazienti alcol-dipendenti (63%). Seguono, nell'ordine, gli interventi di counseling (48%), quelli socio-riabilitativi (39%), la psicoterapia (26%), l'inserimento presso i gruppi di auto-aiuto (17%), il ricovero per disintossicazione (11%), l'inserimento in comunità (6%) e il ricovero per patologie alcol-correlate (5%). Si osserva un'importante variabilità nella

proporzione di soggetti per trattamento la quale, se comparata alle più importanti linee guida sull'argomento (ad esempio APA 2006), suggerisce una possibile disomogenea disponibilità di trattamenti efficaci.

Il tasso standardizzato di ricovero per alcol-dipendenza (in gran parte rappresentato da disintossicazioni) è diminuito dal 2001 (125,8/100.000) al 2008 (110,6/100.000 pari allo 0,7% dei ricoveri).

La rete dei servizi

Secondo le stime di prevalenza della dipendenza da alcol, dal 66% al 90% dei portatori di problema non è in carico agli ambulatori specialistici dei Servizi Dipendenze. Una parte di questi sono in carico ad altri servizi (psichiatrie, neurologie), una parte al medico di medicina generale mentre il resto non è seguito dal SSR. Si rende necessaria l'instaurazione di una rete formale fra tutti i servizi che operano in questo settore al fine di garantire continuità assistenziale e efficacia degli interventi.

La complessità della gestione del problema alcol non sta solo però nella epidemiologia dei rischi, ma anche epidemiologia della protezione. L'alcol infatti è anche un elemento profondamente radicato culturalmente nei paesi mediterranei e con effetti protettivi se consumato moderatamente. Ciò che contraddistingue gli interventi preventivi è quindi la complessità: essi devono mirare a contrastare vigorosamente l'uso inappropriato (alla guida, sul lavoro), l'abuso, in particolare l'estendersi dei comportamenti stile nordico fra i giovani, e quindi le ubriacature e il *binge drinking*, preservando il consumo familiare di vino che presenta anche caratteristiche protettive nei confronti dell'abuso.

Le dipendenze da sostanze psicoattive illegali

In Italia si stima che la prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei corrisponda a 5,4 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Il Piemonte si colloca a valori superiori con una prevalenza di 6,8 per mille residenti, corrispondenti a circa 19.500 soggetti tra i 15 e i 64 anni³².

La diffusione del consumo di droghe nella popolazione giovanile è stimabile attraverso indagini ad hoc, quali ad esempio ESPAD. In Italia nel 2007-2008 nella popolazione giovanile 15-19 anni di età le sostanze principalmente consumate negli ultimi 12 mesi erano rispettivamente nei maschi e nelle femmine: cannabis (28% e 20%), cocaina (5% e 3%), stimolanti (4% e 2%), allucinogeni (4% e 2%), eroina (2% e 1%)³².

L'impatto sanitario della dipendenza da eroina può essere misurato attraverso la mortalità per overdose o attraverso il numero di soggetti positivi alle malattie infettive, mentre l'impatto sociale è indirettamente stimato dall'alto numero di tossicodipendenti tra i detenuti (il 34% nelle carceri piemontesi).

In Piemonte, il numero di soggetti deceduti per overdose è oscillato intorno ai 20 soggetti l'anno fino al 1985. È andato aumentando dalla seconda metà degli anni '80, con due picchi di 157 decessi nel 1990 e di 169 nel 1996. In seguito il numero è andato progressivamente diminuendo fino a 29 decessi nel 2008, secondo il Ministero dell'Interno. I dati del Ministero però generalmente sottostimano per il Piemonte e sovrastimano per l'Italia il numero di decessi per overdose rispetto ai dati ISTAT. L'andamento dei tassi standardizzati piemontesi ricalca quello nazionale, ma, a partire dalla seconda metà degli anni '80, a livelli considerevolmente più elevati sia nei maschi sia nelle femmine (circa il doppio in occasione dei due picchi). Negli anni successivi il tasso si avvicina progressivamente a quello nazionale pur rimanendo su valori circa due volte maggiori.

Nei SerT del Piemonte nel 2008 sono stati trattati complessivamente 14.921 soggetti, 25 in meno del 2007. Si assiste a partire dal 2006 ad una stabilizzazione del numero di utenti, dopo l'aumento degli anni precedenti.

Il 71% dell'utenza SerT è costituita da soggetti tossicodipendenti da eroina con una continua diminuzione nel corso degli anni: la stessa percentuale nel 1999 era del 91,5%. Rispetto all'Italia si osserva un'importante differenza: mentre in Piemonte il numero di soggetti presi in carico per eroina e altri oppiacei è progressivamente diminuito a partire dal 2001, complessivamente del 18,8% da 12.395 a 10.067 utenti, nel resto d'Italia è progressivamente aumentato, nello stesso periodo, del 4,2% da 109.238 a 113.770 utenti. Si osserva parallelamente un aumento dei pazienti con dipendenza da altre sostanze: nel 2008 dichiarano la cocaina come sostanza primaria d'abuso sono 1733 (11,6%) (sono il 16,1% nel resto d'Italia nel 2008), in aumento rispetto al 1999 (n = 361, corrispondenti al 3%).

La proporzione d'utenti con dipendenza primaria da eroina che riferiscono un uso endovenoso continua a salire passando dal 64,0% nel 2006 al 71,4% nel 2008, tornando ai valori del 2000.

L'età media degli utenti è progressivamente aumentata tra gli utenti già in carico (da 27,8 anni nel 1991 a 36,1 anni nel 2008) e in entrambi i sessi. Anche tra i nuovi utenti l'età media stimata è aumentata (da 25,3 anni nel 1991 a 33,5 anni nel 2008).

Nei SerT del Piemonte si osserva un progressivo aumento dell'utilizzo dei trattamenti sostitutivi degli oppiacei (buprenorfina e metadone), in accordo con l'evidenza scientifica di efficacia, di quelli di durata superiore ai 180 giorni, oltre che una diminuzione di quelli di durata inferiore. Dopo il 2004 la proporzione di utenti in trattamento farmacologico con sostitutivi si è stabilizzata, con una flessione nel 2006. La proporzione dei soggetti inseriti nelle strutture riabilitative è diminuita a partire dal 2005. La proporzione dei soggetti in trattamento solo psico-sociale, dopo un periodo iniziale di costante diminuzione, rimane stabile, pur con oscillazioni a partire dal 2001.

Fra i soggetti in trattamento nei SerT del Piemonte, nel 2008 il 5,6% dei soggetti trattati era positivo al test anti-HIV, il 19,5% era positivo ai test anti-HBV, il 15% vaccinato contro l'infezione da HBV e il 40% era positivo al test anti-HCV. Questi dati rappresentano però una sottostima dei soggetti infetti. Infatti la metà dei soggetti tossicodipendenti non è stata sottoposta a test anti HIV, il 26% non è stata sottoposta a test anti HBV, il 38% non è stata sottoposta a test anti HCV. Queste proporzioni sono sensibilmente più basse per i soggetti nuovi per il servizio.

Lo sviluppo dei servizi e degli interventi per il trattamento delle dipendenze da droghe negli ultimi anni ha mirato ad aumentare l'efficacia e la qualità della cura, mantenendo una capillarità di intervento elevata. Sono però ancora molto disomogenee le strategie di prevenzione, molto spesso basate su interventi privi di valutazione di efficacia. La costruzione di strategie di prevenzione basate sugli interventi, che la letteratura scientifica riconosce come efficaci, è la priorità principale di questo settore.

Altre dipendenze

Sta aumentando l'allarme sociale sulle dipendenze patologiche da comportamenti quali il *gambling*, o gioco d'azzardo patologico (GAP); in assenza di stime di prevalenza italiane, si fa riferimento a quelle fornite dalla letteratura internazionale³³. Si è rilevato un crescere della prevalenza *lifetime* dagli anni '70 alla fine degli anni '90 dal 2,93% al 4,88% e della prevalenza *past year* dallo 0,84% al 1,29%. Questo significherebbe, rapportato alla popolazione piemontese, circa 200.000 persone con problema *lifetime* e oltre 50.000 con manifestazioni patologiche nell'anno precedente. Il Centre

de Jeu Excessif di Losanna (CH), una realtà più vicina alla nostra, stima nel 2005 una prevalenza di gioco problematico di circa il 2% e di gioco patologico dello 0,8%. Occorre sottolineare che nella sua configurazione patologica il gioco d'azzardo ha un decorso clinico e un impatto individuale e sociale pari a quelli delle sostanze illegali. Nei Servizi per le dipendenze in Piemonte è aumentato il numero dei soggetti trattati per GAP da 166 nel 2005 a 552 nel 2009 (dati provvisori), legato certamente alla sempre maggiore attenzione rivolta al fenomeno anche attraverso l'apertura di spazi appositamente dedicati a questo problema. Vista l'assenza di stime numeriche, lo sforzo prioritario in questo settore è la ricerca.

Alimentazione ed esercizio fisico

In Piemonte il sovrappeso affligge il 43,8% degli uomini e il 26,8% delle donne, il 10,4% degli uomini e il 9,9% delle donne sono francamente obesi³⁴. In entrambi i casi si tratta di valori inferiori rispetto a quelli Italiani, ma comunque preoccupanti, sia perché dimostrano un'alta diffusione di una condizione che è tra i più importanti fattori di rischio di una prematura insorgenza delle patologie cardiovascolari, osteoarticolari, metaboliche, gastrointestinali e di alcune tumorali, sia perché si tratta di valori in crescita (nel 1994 la prevalenza di obesi era del 7,6% tra gli uomini e del 7,0% tra le donne).

Per quanto riguarda i giovani, lo studio HBSC ha rilevato che sono soprattutto gli undicenni a soffrire di un peso non adeguato (il 9% è in sovrappeso), mentre con l'età questo tende a normalizzarsi (il 5,3% dei tredicenni e il 3,6% dei quindicenni sono in sovrappeso). Riguardo alle differenze di genere, il 65% dei maschi è normopeso, contro l'80% delle femmine, così come sono sempre i maschi a presentare un peso superiore alla norma (15%) rispetto alle femmine (5%)³⁵.

Sovrappeso e obesità affliggono con particolare frequenza i gruppi sociali più svantaggiati: in tutte le fasce di età i tassi di obesità sono maggiori al diminuire del livello di istruzione, della classe occupazionale e del giudizio sulle risorse economiche^{36,37}.

L'eccesso di peso è determinato da fattori genetici, comportamentali e ambientali, in particolare un'assunzione di grassi e zuccheri superiore all'effettivo fabbisogno, associati a uno stile di vita sedentario.

Per quanto riguarda la sedentarietà, in Italia un quarto della popolazione adulta (25,1%) ha uno stile di vita caratterizzato da sedentarietà, in quanto svolge solo attività domestiche o lavorative con impegno fisico modesto (13,6%) o scarso (11,2%). Il Piemonte, tuttavia, si caratterizza per valori di sedentarietà inferiori a quelli medi nazionali. Analizzando l'associazione tra inattività fisica e obesità per grandi classi di età emerge comunque che, anche tra giovani e adulti fino a 44 anni, le persone obese hanno tassi di inattività fisica più elevati rispetto a quelle normopeso (22,6% a fronte del 17%). Ciò è vero anche per i soggetti in sovrappeso (20,5%) anche se con uno scarto più contenuto. Tra gli anziani complessivamente la prevalenza di inattività fisica aumenta (41,9%), in misura maggiore per gli obesi (47,6%) e sostanzialmente in media per i normopeso (41,5%).

Lo studio HBSC segnala fra i preadolescenti una situazione molto preoccupante: in Italia il 24,6% dei quindicenni (più maschi rispetto alle femmine) fa attività fisica corrispondente alle raccomandazioni delle linee guida (almeno 5 giorni alla settimana per almeno 60 minuti); un ragazzo su 4 a 15 anni guarda la televisione per 4 o più ore al giorno³⁸.

A livello nazionale l'alimentazione squilibrata e l'uso di alcol si stanno diffondendo soprattutto nei gruppi socio-economicamente meno favoriti anche in un paese a dieta mediterranea come il nostro³⁹.

Gli squilibri energetici che si accompagnano a uno scarso consumo degli alimenti più protettivi per la salute (frutta e verdura) sono particolarmente frequenti fra i giovani. Ancora lo studio HBSC mostra un consumo di frutta e verdura rispondente alle linee guida (tutti i giorni più volte al giorno) solo nel 18,4% (frutta) e nel 10,4% (verdura) dei 15enni e la maggior parte delle abitudini alimentari insalubri risultano inversamente correlate con il livello di istruzione e la classe sociale.

I determinanti biologici

Tra i determinanti prossimali per i quali la prevenzione può avere un significativo impatto sulla salute vanno annoverate tutte quelle caratteristiche biologiche che, se riconosciute e prese in carico tempestivamente, possono consentire un beneficio di salute. In generale sotto questa fattispecie possono ricadere molte caratteristiche individuali che solitamente il clinico prende in considerazione per impostare il rapporto di counselling o di trattamento di un paziente (medicina preventiva di opportunità). In questa sede si vuole restringere l'attenzione a due di queste categorie che hanno rilievo per la prevenzione:

- i segni precoci di una malattia ad impatto rilevante che riconosciuti tempestivamente possono dar luogo a trattamenti capaci di modificare favorevolmente la prognosi con un beneficio che sopravanza i rischi: si tratta dei casi a cui si applicano i programmi di screening di popolazione;
- le caratteristiche biologiche di una persona che rappresentano dei fattori di rischio per malattie ad impatto rilevante, che, se riconosciuti tempestivamente, danno luogo ad interventi preventivi (sui comportamenti, sulle condizioni di vita e di tipo farmacologico) che sono efficaci nel ridurre il rischio di insorgenza di tali malattie.

In questo campo i tumori, la cui prognosi beneficia di una diagnosi precoce, e le malattie infettive per le quali si dispone di un vaccino efficace e sicuro, sono i problemi di salute per i quali la prevenzione sanitaria ha ottenuto i migliori risultati, soprattutto nell'ultimo decennio.

Ma in questo campo vanno soprattutto segnalate le lacune nella medicina d'iniziativa relativamente all'ipertensione. La diffusione dell'ipertensione è stata stimata in più di una indagine campionaria su popolazioni di assistiti della medicina generale, producendo stime abbastanza comparabili tra di loro. In sostanza cinque adulti su dieci oltre i 50 anni sono ipertesi, ma solo due di essi sanno di esserlo e solo uno di essi ha un'ipertensione correttamente controllata con gli stili di vita o con un trattamento farmacologico efficace. Inoltre, sono soprattutto le persone meno istruite e di bassa classe sociale a essere maggiormente esposte agli effetti dell'ipertensione arteriosa non controllata. In una popolazione come quella torinese le disuguaglianze nella mortalità per ictus sono tra le più intense tra quelle osservate negli altri paesi dell'Europa, mentre le differenze sociali nella cardiopatia ischemica sono molto modeste^{40,41}.

In provincia di Torino, lo studio Giano ha dimostrato che un'offerta attiva di misura della pressione arteriosa, con il conseguente approfondimento diagnostico e la presa in carico da parte del medico, con counselling sull'alimentazione, il fumo, l'esercizio fisico, ecc. e con l'eventuale trattamento farmacologico, è in grado di aumentare la prevalenza di soggetti ipertesi riconosciuti ed efficacemente trattati (ovverosia con un ritorno alla normalità dei valori pressori) e di ridurre l'occorrenza degli esiti sfavorevoli (ricoveri e mortalità circolatoria, soprattutto per malattie cerebrovascolari), nonché di ridurre le disuguaglianze sociali per questi esiti⁴². L'analisi economica dell'esperimento ha consentito di stimare il costo di questo modello in

termini di Numero Necessario da Trattare (NNT), per valutarne le opportunità di estensione alla popolazione adulta generale o, eventualmente, ad una ad alto rischio. Un discorso analogo meriterebbe la ricerca attiva e il riconoscimento precoce dell'ipercolesterolemia per una valutazione delle necessità di prevenzione con stili di vita o con trattamento farmacologico. La distribuzione piemontese di questo fattore di rischio risulta interessante circa un quarto della popolazione adulta e mostra lievi differenze sociali a sfavore delle persone meno istruite e di bassa classe sociale. Tuttavia, per questo caso non sono disponibili ancora studi locali che valutino la percorribilità e l'efficacia di questo intervento.

4. Malattie infettive

Le malattie infettive rappresentano oggi un problema di salute minore nei Paesi con maggior benessere sociale ed economico. Dagli inizi del '900, le principali cause di morbilità, mortalità e di impatto sui servizi sanitari sono state eliminate, ridotte o controllate tramite interventi strutturali, sulle condizioni di vita collettive (gestione delle acque, condizioni abitative, bonifiche del territorio, produzione e distribuzione alimentare, qualità dell'aria ecc.) e interventi di profilassi specifici, collettivi e individuali (sorveglianza, vaccinazioni, misure di profilassi e precauzione ecc.).

Il mantenimento di queste condizioni, l'intervento sui problemi ancora esistenti e la protezione verso l'emergere o riemergere di nuove e vecchie malattie richiede continuità e sviluppo nelle azioni di sorveglianza, prevenzione e controllo, necessariamente integrate e coordinate livello locale, nazionale e internazionale.

I nuovi casi di malattia infettiva osservati da specifici sistemi di sorveglianza e dal sistema di notifica oscillano nell'ultimo decennio intorno ai 200-300 ogni 100.000 abitanti, mentre i ricoveri corrispondenti di residenti piemontesi variano da un minimo annuo di 1700 a 3000, con un trend in decrescita. Il numero di ricoveri di residenti piemontesi, con prima causa di ricovero per malattia infettiva, varia tra i circa 30.000 del 2000 e i 22.000 del 2009 (rispettivamente il 3,8 e 3 ogni 100 ricoveri ospedalieri di residenti).

Il tasso grezzo di mortalità mostra invece un incremento, con una variazione tra il 3,39 ogni 100.000 abitanti del 1992 al 14,63 del 2006.

Tra i casi osservati dai sistemi di sorveglianza, dopo varicella e scarlattina, le malattie più frequenti sono la salmonellosi non tifoidea e la diarrea infettiva.

Tra le tossinfezioni alimentari, le *malattie infettive trasmesse per via alimentare* rappresentano una quota importante di morbilità per malattia infettiva. Gli alimenti più coinvolti sono le carni, i prodotti della pesca e quelli a base di uova (rispettivamente 21,7%, 16,7% e 13,3%). Il trend degli episodi epidemici (due o più casi collegati) è stabile negli ultimi anni: 60 episodi nel 2009, con 327 persone sintomatiche, delle quali 79 ricoverate. L'agente più frequentemente in causa è stato la *Salmonella*, responsabile nel 2009 del 48,3% degli episodi e del 34,6% dei casi di malattia; gli episodi di salmonellosi riscontrati a livello di ristorazione collettiva sono il 31%. Tra i fattori di rischio più riscontrati nel 2009 nelle tossinfezioni alimentari i più frequenti sono lo scorretto mantenimento della temperatura (26,7%) e la contaminazione di cibi cotti o crudi (23,3%).

Per quanto riguarda le salmonellosi a carattere zoonosico (non tifoidee), il controllo preventivo si estende ormai lungo tutta la catena alimentare, coinvolgendo anche il settore primario con piani di eradicazione che riguardano per ora il pollame (produttori di carne e uova) e sono in fase di estensione alla specie suina. Tra le altre *zoonosi* si registrano alcuni casi di listeriosi, brucellosi e *E. Coli* VTEC che, per la loro importanza, suggeriscono la necessità di potenziamento della sorveglianza e degli

interventi di prevenzione. Il *Campylobacter spp.*, ritenuto a livello europeo la prima causa di malattie trasmesse da alimenti, è stato confermato solo in tre episodi e nel 7,7% dei casi singoli.

Tra il 1984 e il 2007 il tasso di letalità per *HIV/AIDS* è sceso dal 100 all'11 per 100.000, con una mortalità che è passata da 5,16 per 100.000 abitanti a 1,7. I nuovi casi d'infezione da HIV a livello regionale non mostrano una riduzione ma si attestano negli ultimi 11 anni a 300 diagnosi all'anno e cresce il numero di persone che nella nostra regione vive con l'infezione: all'inizio del 2010 il numero di persone con l'infezione è stimato in 1,84 casi ogni mille piemontesi, con un valore massimo nella fascia di età 40-44 anni (tra le femmine 3 casi ogni 1000 abitanti e 7 tra i maschi).

La rilevante riduzione della mortalità da infezione da HIV, conseguente all'introduzione delle terapie antiretrovirali, tende a mettere talvolta in ombra la necessità di ulteriori e forti interventi preventivi. I dati di sorveglianza mostrano, infatti, che rapporti sessuali non protetti rappresentano il 75% delle modalità di trasmissione delle nuove diagnosi di infezione e che una rilevante quota di persone si sottopone ai test in modo non sufficientemente tempestivo, aumentando così le possibilità di contagio e riducendo l'efficacia delle cure disponibili.

Un ulteriore problema di salute, strettamente connesso a quello dell'infezione da HIV, è quello della diffusione delle *malattie sessualmente trasmissibili* (MST). In questo caso gli usuali sistemi di sorveglianza non consentono stime della loro diffusione tra la popolazione generale a causa della generale minor gravità, disponibilità diffusa di cure e della percezione socialmente negativa che influenza le modalità di accesso ai servizi. I dati di sorveglianza delle attività di diagnosi e cure svolta presso i Centri IST piemontesi mostrano un progressivo aumento del numero di visite: dai primi anni di attivazione della rete di sorveglianza, prevenzione, diagnosi e cura delle infezioni sessualmente trasmesse in Piemonte, circa un piemontese su 100 si è rivolto a uno dei Centri IST regionali. Riguardo ai comportamenti a rischio di trasmissione delle IST, si evidenzia un'elevata quota di non uso o uso irregolare del condom: un suo maggiore utilizzo si osserva tra chi ha comportamenti a rischio più elevato (numero di partner ≥ 10 negli ultimi sei mesi) e tra i giovani rispetto agli adulti. Nel 2008 sono state eseguite presso i Centri IST del Piemonte 2524 diagnosi di infezioni genitali, circa una diagnosi ogni due visite effettuate nell'anno. Questo valore, che resta pressoché costante negli anni, scende al 34,5% se si escludono patologie quali candidasi genitale, cervicovaginite aspecifica, germi comuni, micoplasmi, ureaplasmi e vaginiti batteriche. L'andamento delle IST diagnosticate presso i Centri IST si mantiene costante negli anni: è da rilevare l'elevata incidenza di condilomatosi che rappresenta l'IST più frequente, in linea con i dati nazionali. A fronte di ciò, si conferma di strategica importanza il lavoro di prevenzione, diagnosi e cura rivolto alle persone già positive per HIV realizzato dai Centri IST negli anni, in accordo con le indicazioni internazionali che raccomandano di partire dalla cura delle IST per contrastare l'epidemia di HIV/AIDS.

Accanto all'HIV, la *tubercolosi* è riconosciuta come uno dei maggiori problemi mondiali. È una delle prime malattie per le quali è stato individuato lo stretto nesso tra la sua diffusione e condizioni di benessere fisico, sociale, economico e culturale e, ovviamente, di disponibilità alle cure e al loro accesso. Già in era preantibiotica gli interventi di sanità pubblica rivolti alle condizioni di vita e di benessere collettivo e individuale hanno infatti mostrato importanti risultati nel calo della sua diffusione e della mortalità. I nuovi casi di TB registrati in Piemonte (circa 10 ogni 100.000 abitanti nel 2009) sono superiori alla media nazionale, verosimilmente a causa di un sistema di sorveglianza più sensibile: il 73% dei casi totali notificati nel 2008 provengono infatti da Lombardia, Lazio, Veneto, Emilia Romagna e Piemonte. È stato inoltre stimata in Piemonte la sottonotifica dei casi: una ricerca del 2006 ha stimato i

nuovi casi in 16,27 ogni 100.000 abitanti, contro i 10,7 registrati dal sistema di sorveglianza. La mortalità media regionale è di 1,08/100.000 nel biennio 2000-2001. Nel 2009 la tubercolosi è stata la prima causa nel 2% dei ricoveri per malattia infettiva di residenti in Piemonte.

Il trend negli ultimi anni si mostra sostanzialmente stabile, con una diminuzione dei casi nella popolazione autoctona (41% nel 2009) e un loro aumento nella popolazione originaria di paesi ad alta endemia (59% nel 2009) e – tra questi – una maggiore incidenza nelle fasce di età più giovanili. La distribuzione nella popolazione non autoctona mostra nel corso degli anni un andamento che rispecchia le modificazioni dei flussi migratori. In queste popolazioni il rischio di contrarre la malattia è tanto maggiore quanto è più recente l'immigrazione (50% dei casi in chi ha meno di 3 anni di permanenza in Italia), confermando il ruolo delle condizioni di vita nello sviluppo della malattia.

Nonostante le elevate coperture vaccinali (91%, nel 2007, 92% nel 2008 e 93% nel 2009), dal 1° settembre 2007 al 31 ottobre 2008, il Piemonte è stato interessato da una epidemia di *morbillo*. Sono stati registrati 3141 casi per lo più in soggetti giovani-adulti, ove i tassi di copertura erano più bassi; la maggioranza dei casi indagati aveva un'età compresa tra 15-19 anni anche se più di mille soggetti avevano una età > 20 anni. Tra i 380 casi ricoverati, le complicanze principali riscontrate sono state la polmonite, la cheratocongiuntivite e l'encefalite. Tra i ricoverati, una bambina di 10 anni non vaccinata, affetta da una sindrome da immunodeficienza genetica, è deceduta a causa di una complicanza polmonare. A distanza di soli 2 anni dalla precedente si è manifestata in Piemonte, a partenza da alcuni focolai diffusi su tutto il territorio, una nuova epidemia di morbillo. Tra gennaio e novembre 2010 sono stati segnalati 505 casi, dei quali 84 confermati in laboratorio e 321 epidemiologicamente correlati a casi confermati.

La Regione Piemonte, tra dicembre 2007 e settembre 2008, è stata interessata inoltre da un'epidemia di *rosolia*. Il Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI) piemontese ha rilevato 1050 casi, tra i quali sono stati riscontrati 29 casi di siero-conversione in gravidanza. Tra i casi di *rosolia in gravidanza* 5 hanno dato esito a una IVG, 5 a una ITG e 19 hanno portato a termine la gravidanza. Dei 20 neonati (1 parto gemellare) 5 avevano IgM positive alla nascita.

L'aumento dei commerci e viaggi internazionali, i cambiamenti climatici e ambientali globali e locali pongono il problema della prevenzione e controllo della diffusione nella nostra popolazione di nuove malattie o di malattie scomparse. L'attenzione, a parte la possibilità di pandemie più o meno enfatizzate, si concentra soprattutto sulle alcune *malattie trasmesse da vettori*. Nel nostro territorio è presente nei maggiori centri urbani la zanzara tigre (*Aedes Albopictus*), la cui competenza nel diffondere efficacemente la Chikungunia è dimostrata dall'epidemia avvenuta in Emilia Romagna nel 2008, e quella di trasmettere la Dengue è dimostrata da recenti casi avvenuti in Francia e Croazia. La West Nile Fever è stata riscontrata in Emilia Romagna e Veneto; è una zoonosi che colpisce occasionalmente l'uomo ed è sostenuta da un virus che compie il suo ciclo tra uccello e zanzare del diffuso genere *Culex*.

Pur non essendosi riscontrati casi in Piemonte, la dinamica della sua diffusione fa ipotizzare la prossima introduzione anche nel nostro territorio. Si tratta di malattie per le quali si conoscono poco per le nostre latitudini e condizioni climatiche i modelli di diffusione e di impatto sulla salute della popolazione, ma azioni impegnative per la riduzione del rischio di una loro introduzione, per il controllo della diffusione e per la tutela della salute, in particolare per le fasce di popolazione a rischio per età, per condizioni di deficit immunitario e, più in generale, per condizioni di salute compromesse.

Un problema simile è rappresentato dalla malaria per la quale non si conosce a fondo il livello “critico” di concentrazione umana e di zanzare con plasmodio necessario per sostenere la diffusione autoctona della malattia. Nel 2009 sono stati notificati 66 casi di malaria in persone di ritorno da viaggi in zone endemiche. Solo 2 di questi casi avevano effettuato una corretta chemiopprofilassi, mentre gli altri casi non l’avevano terminata o effettuata.

Oltre alle azioni di sanità pubblica collettive, appare necessario aumentare la capacità dei sanitari di consigliare corrette misure di protezione e di identificare rapidamente i nuovi casi di malattie trasmesse da vettori per assicurare adeguati interventi di controllo.

5. Sicurezza alimentare e stato sanitario della popolazione animale

Per affrontare con efficacia le problematiche relative allo stato sanitario delle popolazioni animali e alla sicurezza alimentare, il settore della prevenzione veterinaria si è dotata di nuovi strumenti di analisi e intervento: sono stati sviluppati sistemi informativi dedicati ed è stato introdotto un piano regionale integrato dei controlli di sicurezza alimentare (PRISA).

I sistemi informativi della medicina veterinaria pubblica, anche su precisa indicazione comunitaria, trattano ormai una grandissima quantità di dati attraverso procedure informatizzate. Attualmente sono coinvolti quattro filoni di attività distinti: (a) mantenimento, evoluzione e controllo delle banche dati anagrafiche degli allevamenti di tutte le specie, integrate dalla georeferenziazione delle aziende zootecniche; (b) gestione del sistema informatizzato di epidemiosorveglianza (ARVET) che scambia i dati in tempo reale e automaticamente con il sistema di refertazione dell’Istituto Zooprofilattico; (c) sviluppo di un sistema informativo dedicato agli alimenti (vetalimenti) in grado di registrare tutte le attività produttive soggette a controllo e tutti i controlli ufficiali sugli alimenti; (d) completamento di un sistema informativo per la rilevazione delle attività di controllo ispettivo alla macellazione e le patologie animali rilevate in quella sede, che rappresenta un importante osservatorio sanitario.

L’introduzione del PRISA costituisce la principale innovazione degli ultimi anni nel settore della prevenzione veterinaria. Il PRISA di fatto rappresenta il contenitore unico, complessivo e ben coordinato nel quale sono inserite tutte le attività che afferiscono alla sicurezza alimentare, nella sua definizione più estesa, che comprende la salute e il benessere degli animali, l’alimentazione animale e l’igiene delle produzioni zootecniche, oltre ai più tradizionali ambiti di appartenenza relativi al controllo sulle produzioni di alimenti.

La salute animale in Piemonte

La nostra Regione ospita popolazioni animali di ragguardevole consistenza: oltre agli animali da affezione, piuttosto omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale, si rivela una concentrazione di animali allevati per la produzione di alimenti, con una produzione zootecnica tra le prime quattro nazionali. Questa particolare densità pone problemi rilevanti nel mantenimento e controllo della salute degli animali sia riguardo alle malattie a elevata diffusibilità, in grado di coinvolgere rapidamente larga parte della popolazione, sia riguardo alle affezioni a minor contagiosità, alcune delle quali tuttavia trasmissibili all’uomo e molto rilevanti nella filiera alimentare.

Per quanto riguarda le malattie infettive del bestiame soggette ai piani nazionali di eradicazione la situazione positiva è tale da aver consentito il raggiungimento in

tutte le province regionali delle qualifiche di indenne da *brucellosi bovina e ovicaprina* e *leucosi bovina enzootica*. La *tuberculosis bovina* fa ancora registrare alcuni casi, peraltro sporadici e limitati ad alcune province.

Le attività di controllo della *bluetongue* (febbre catarrale degli ovini, che può interessare anche la popolazione bovina) hanno assunto particolare rilevanza in relazione all'andamento espansivo assunto nei territori europei da cui esistono flussi consistenti di importazione di bovini, in specie la Francia. A giugno si è conclusa la seconda campagna vaccinale verso il sierotipo BTV8. Le cadenze di prelievi assegnati dal piano nazionale di sorveglianza sierologica sono rigorosamente rispettate e il sistema sentinella si mantiene tuttora silente verso nuove circolazioni virali.

Per quanto riguarda le *encefalopatie spongiformi trasmissibili*, dal 2007 non si sono più registrati focolai nella specie bovina, mentre nel caso della scrapie degli ovicapri i focolai coinvolgono annualmente non più di uno o due allevamenti: nella nostra Regione è stato avviato con successo, e via via rimodulato, un piano di selezione genetica che consente di orientare gli allevatori alla selezione di riproduttori resistenti alla scrapie e che è stato condotto con particolare riferimento alle razze autoctone piemontesi: i risultati ormai dimostrano chiaramente che le distribuzioni alleliche negli ovini di razza biellese, i più numerosi in Regione, si stanno spostando nella direzione desiderata.

Tenendo conto delle emergenze segnalate in Europa o nel resto del Paese e nonostante la situazione positiva che caratterizza la nostra Regione, sono state intensificate le attività di sorveglianza epidemiologica e le campagne di monitoraggio su influenza aviaria, malattia di West Nile e malattia vescicolare dei suini, mentre proseguono le attività legate a piani volontari contro la *rinotracheite infettiva* dei bovini e di eradicazione della *malattia di Aujeszky* dei suini.

Nell'ultimo biennio si è conclusa la fase di monitoraggio europeo per la presenza di *salmonellosi* nel pollame e si è data applicazione ai controlli per l'eradicazione negli allevamenti da uova e da carne. Da vari anni inoltre sono controllati i gruppi produttori di uova da cova, affinché la filiera possa risultare esente dalle salmonelle animali a più forte impatto zoonosico con conseguente abbattimento dei gruppi risultati positivi. Anche la salmonellosi dei suini è stata recentemente inserita fra i piani di studio previsti dalla UE e questo ha richiesto una specifica programmazione del monitoraggio regionale negli allevamenti da ingrasso e nei macelli. Un'altra rilevante zoonosi sotto controllo è la parassitosi da *Trichinella* che vede accertamenti sistematici in allevamento e alla macellazione dei suini, con riscontri divenuti di quasi completa assenza.

Con il tempo, il settore del controllo sulla popolazione degli animali di affezione ha assunto un'importanza crescente soprattutto in termini di servizi erogati al cittadino. Alle tradizionali competenze di controllo e prevenzione del randagismo si sono affiancati i compiti relativi alla gestione dell'anagrafe canina informatizzata, al rilascio dei passaporti per animali e varie altre componenti che sono state aggregate, ai fini del buon funzionamento dei servizi e della corretta gestione, nella riorganizzazione ASL; presso ogni ASL sono istituiti appositi sportelli degli animali di affezione che agiscono per unificare la sorveglianza sulle popolazioni di questi animali e i relativi interventi di controllo fra cui, ritornata di attualità, la rabbia.

Concorrono alla salute degli animali allevati, con riflessi rilevanti sulla salute umana e l'equilibrio ambientale, anche l'alimentazione animale e l'appropriata somministrazione di farmaci tenuti sotto controllo da appositi sistemi di sorveglianza.

Un ulteriore elemento è rappresentato dalle condizioni di benessere degli animali allevati: i problemi connessi al benessere animale negli allevamenti bovini, suini ed avicoli sono stati affrontati con la produzione di buone pratiche messe a disposizione degli allevatori; oltre al benessere animale, esse contemplan anche le misure di

biosicurezza, le regole per la somministrazione del farmaco e dei mangimi e altre regole di prevenzione veterinaria.

Igiene delle produzioni alimentari di origine animale

In tema di valutazione e gestione del rischio chimico, le attività di sorveglianza si esplicano attraverso le consolidate attività connesse al Piano Residui che ricerca e quantifica le tracce di contaminanti volontariamente o involontariamente entrati nella catena alimentare. Di recente queste attività sono state affiancate da azioni specifiche per affrontare le emergenze relative a contaminanti ambientali che coinvolgono le popolazioni animali e le loro produzioni. Nello specifico la contaminazione da cromo esavalente nell'ASL di Alessandria ha richiesto verifiche urgenti, che si sono concluse favorevolmente per quanto attiene le produzioni animali. L'inquinamento da diossine in Valle di Susa, dimostrato nei prodotti di origine animale (latte e carni) sin dal 2004, ha fatto registrare un trend sostanzialmente favorevole. Nel 2008 è stato istituito un coordinamento regionale e un gruppo di progetto integrato ARPA-IZS per le specifiche valutazioni epidemiologiche che insieme hanno contribuito positivamente a monitorare l'andamento della situazione e a identificare le misure più opportune di gestione dei rischi. In maniera analoga si sta affrontando un nuovo episodio di contaminazione ambientale che ha interessato l'ASL di Vercelli.

Sicurezza degli alimenti

Tutte le imprese che producono alimenti o lo distribuiscono sul territorio regionale sono state censite secondo la normativa comunitaria e sono regolarmente sottoposte a controllo igienico-sanitario per prevenire la contaminazione dei cibi. Il numero delle imprese e la periodicità dei controlli, nonché i relativi risultati, sono stati inseriti nel PRISA, che consente di avere la situazione generale annualmente aggiornata. Una sorveglianza dedicata è esercitata sui prodotti messi in commercio: al riscontro di una non conformità, attraverso il sistema europeo di allerta, scatta l'individuazione e il ritiro dal mercato delle partite interessate. In Piemonte dal 2009 è anche attiva una ricognizione generale di tutte le cause potenziali di pericolo individuate negli alimenti di origine animale, che fornisce un repertorio completo dei rischi e delle misure di controllo adottate. Nell'ambito delle produzioni animali in particolare esistono produzioni che per le loro caratteristiche e per le modalità di consumo possono potenzialmente rivelarsi a maggior rischio (es. prodotti crudi e pronti per essere consumati senza cottura): per queste produzioni sono frequentemente attivati specifici interventi di sorveglianza. Rimane fondamentale il controllo sull'intero processo produttivo, in particolare per quelle malattie trasmesse da alimenti come salmonellosi o listeriosi che possono già albergare la contaminazione negli animali allevati.

Il controllo sanitario di maggior impegno riguarda le carni con la presenza di un veterinario ispettore per la visita clinica *ante mortem* e gli accertamenti *post mortem* su tutti gli animali macellati: vengono monitorati in continuo le cause dei sequestri di visceri e carni e alcuni importanti patogeni rilevabili all'esame anatomopatologico.

Le informazioni acquisite dal sistema di epidemiosorveglianza veterinario basato sui controlli ufficiali obbligatori a livello comunitario concorrono pertanto a descrivere a differenti livelli (allevamenti, impianti di macellazione e lavorazione carni, stabilimenti di produzione lattiero-casearia ecc.) le condizioni sanitarie degli animali e i loro riflessi sui prodotti alimentari.

6. Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro

In questi trent'anni l'esposizione ai fattori di rischio lavorativi tradizionalmente oggetto degli interventi di prevenzione (fumi, polveri tra cui silice e asbesto, gas e vapori) è stata molto controllata dagli interventi di prevenzione, per cui la gran parte delle patologie professionali ha subito una diminuzione di notifica straordinaria⁴³. Molti studi evidenziano che è ancora grande l'impatto sulla salute delle differenze nelle condizioni di lavoro e di vita legate alla posizione di lavoro subordinato, soprattutto per quanto concerne le esposizioni ergonomiche e lo stress, e che gli ambienti di lavoro dovrebbero rientrare a pieno titolo tra le priorità da approfondire^{44,45,46}.

Gli aspetti più critici che vanno registrati nella prevenzione di questi rischi riguardano proprio i cambiamenti di importanza relativa dei diversi rischi nei luoghi di lavoro. Un esercizio di analisi delle priorità condotto in Piemonte ha stimato l'impatto sulla salute dei piemontesi correlato alle condizioni di lavoro, fornendo un ordine di grandezza di casi attribuibili ogni anno (Tabella 1)⁴⁷.

Tabella 1. Impatto sulla salute dei rischi lavorativi in Piemonte

Natura dell'evento	Ordine di grandezza del numero di casi attribuibili per anno
Infortuni senza esiti permanenti (che generano assenteismo)	Decine di migliaia
Infortuni con esiti mortali	100
Infortuni con esiti permanenti	1500
Disturbi articolari dell'arto superiore	10.000
Disturbi articolari della schiena	10.000
Casi di sordità grave (prevalenza)	12.000
Dermatosi	12.000
Broncopneumopatie croniche ostruttive	500
Infarti	350
Asma	250
Tumori	220
Incidenti cerebrovascolari	200
Aborti e malformazioni congenite	250

Di fronte a questo profilo, occorre non perdere di vista la prevenzione dei fattori di rischio più frequenti e tradizionali per l'igiene e la sicurezza, come l'esposizione a rischio infortunistico o al rumore elevato, che sono quelli sui quali i servizi di prevenzione hanno più consuetudini. Infatti, sebbene i rischi infortunistici siano inferiori a quelli italiani (tasso standardizzato di infortuni sul lavoro: 22,19/1000 addetti in Piemonte; 26,98 in Italia) in generale e anche nei principali comparti (costruzioni, manifatturiero, trasporti), vi sono settori produttivi (agroindustria, estrazione di minerali) nei quali i valori sono superiori a quelli nazionali. I rischi per la sicurezza sono inoltre elevati sia tra gli stranieri⁴⁸ sia tra i lavoratori precari⁴⁹, in aumento in questi ultimi anni nella popolazione occupata. Il profilo delle malattie correlate al lavoro evidenzia la necessità di una maggiore attenzione a fattori di rischio poco considerati nel passato, come quelli psico-sociali e quelli ergonomici (sui quali peraltro la legislazione recente sulle malattie professionali ha ammesso la riconoscibilità), fattori che coinvolgono in modo trasversale non solo i comparti manifatturieri ma anche quelli del terziario e dei servizi, nei quali si è ormai concentrata una parte significativa della occupazione (si pensi, ad esempio, ad aree

poco protette dei servizi come gli addetti ai call center). Inoltre, si è visto in introduzione che da un lato l'invecchiamento della forza lavoro aggrava i problemi di adattamento del lavoratore al posto di lavoro (minacciandone la *work-ability* e l'occupabilità), e che dall'altro il lavoro precario (soprattutto quello interinale) rende meno stabile la forza lavoro a cui rivolgere politiche di prevenzione e promozione della salute in un luogo di lavoro determinato e stabile.

7. Gli incidenti stradali e la sicurezza stradale

In Italia, nel periodo 2000-2007, gli incidenti sono passati da 256.546 a 230.871, i morti da 7061 a 5131, i feriti da 360.013 a 325.850, con un decremento del 10% per quanto riguarda il numero di incidenti, del 9,5% per i feriti e del 27,3% per il numero di morti⁵⁰. Nonostante tali trend, l'Italia rimane tuttavia tra i paesi europei con il più alto tasso di mortalità da incidenti stradali⁵¹.

Essendo il problema particolarmente rilevante nella popolazione giovane (la fascia di età tra i 20 e i 29 anni è quella col più alto tasso di mortalità), l'impatto sanitario e sociale è cospicuo, sia a causa della mortalità prematura, sia per il carico di disabilità conseguente ai traumi. Secondo stime dell'OMS, con gli attuali trend, nei paesi più sviluppati gli incidenti stradali saranno la terza causa di *burden of disease* (mortalità e disabilità) di tutta la popolazione entro il 2020⁵².

Sebbene le informazioni disponibili ad oggi consentano calcoli solo approssimativi dei costi sociali (diretti e indiretti) relativi agli incidenti stradali, l'ACI stima per l'Italia un costo di 30.386 milioni di euro nel 2007 (2% del PIL) basandosi su un costo sociale medio di circa 1.400.000 euro per deceduto e circa 26.000 euro per ferito⁵⁰.

Il Piemonte è tra le regioni italiane più colpite dal problema: nel 2007 si sono registrati 14.643 incidenti, 392 morti e 21.363 feriti⁵⁰. La mortalità regionale da incidenti stradali è notevolmente superiore alla media nazionale: in base alle schede di morte del 2006, il tasso di mortalità in Piemonte è stato di 1,9/10.000 nei maschi e 0,5 nelle femmine, a fronte di tassi nazionali rispettivamente di 1,6 e 0,48. Vi è anche una disomogeneità territoriale del fenomeno, con una mortalità maggiore in aree del cuneese e vercellese⁵³.

Oltre alle disuguaglianze geografiche, sembra esservi un gradiente sociale di mortalità da incidenti nel sesso maschile. Nel periodo 1991-2002 a Torino, prendendo come riferimento la classe dirigenziale, la mortalità da incidenti stradali è risultata significativamente superiore nella classe operaia a basso livello di qualificazione (RR = 1,54)¹⁸. Tale differenziale è probabilmente correlato a un'ampia serie di fattori: incidenti stradali legati al lavoro, rischi psico-sociali e comportamentali, maggior tempo passato alla guida, disponibilità di mezzi meno sicuri.

Gli incidenti stradali occorsi sul lavoro o per lavoro rappresentano un ambito di particolare interesse per la prevenzione: nel 2006 in Piemonte hanno costituito il 50% degli infortuni lavorativi mortali⁵⁴.

8. L'ambiente

I fattori di rischio ambientali connotati da disparità regionali, riconosciuto nesso di causalità, dimostrazione di efficacia preventiva sono, in ordine di rilevanza, i seguenti:

- inquinamento atmosferico urbano (particolato fine, ozono, benzene);
- inquinamento da rumore;
- radon;
- cambiamenti climatici (ondate di calore estive, periodi di freddo prolungato).

L'inquinamento atmosferico aumenta la mortalità per malattie respiratorie acute e croniche, quali asma e bronchite, e cardiovascolari, particolarmente tra gli anziani e, più in generale, tra coloro che soffrono di patologie respiratorie e cardiovascolari⁵⁵. Aumenta l'incidenza di bronchiti croniche e patologie respiratorie acute, aumenta le esacerbazioni asmatiche e le patologie coronariche (infarto ed angina pectoris). Nei bambini l'inquinamento atmosferico è stato associato con una varietà di effetti, inclusi gli aumenti di mortalità e morbosità per infezioni acute delle basse vie respiratorie⁵⁶, basso peso alla nascita⁵⁷ e anomalie congenite⁵⁸.

Nei centri urbani italiani per ogni incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ dei diversi componenti dell'inquinamento atmosferico, i rischi di mortalità aumentano mediamente tra l'1% e il 5%, come pure il rischio di ospedalizzazione per malattie cardiache e respiratorie⁵⁹. Gli effetti più significativi dell'inquinamento atmosferico urbano sono stati associati con il particolato (PM10 o inferiore) e, in misura minore, con l'ozono atmosferico; le fonti di emissione sono diverse, divisibili tra naturali e artificiali. Le polveri responsabili degli effetti sulla salute sono tuttavia solo quelle derivanti da processi di combustione.

Nel complesso, a carico della mortalità naturale, per ogni incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ della concentrazione di PM10 si calcola a breve termine un aumento della mortalità dello 0,5% circa (nel giro di pochi giorni successivi a incrementi di breve durata) e a lungo termine un aumento del 5% circa (nell'arco di 10-15 anni in presenza di incrementi di lunga durata)⁶⁰.

Il rumore presenta una varietà di effetti che dipendono dal tipo, dalla durata e dal periodo della giornata in cui si manifestano e dalla suscettibilità della popolazione esposta. I risultati di studi scientifici recenti sul rumore notturno indicano che il rumore notturno non solo disturba il sonno ma aumenta anche la frequenza di malattie psicosomatiche, altera la qualità del sonno, abbreviando il periodo di sonno profondo e allungando il periodo di sonno leggero e può causare problemi cardiocircolatori a lungo termine (ipertensione)^{61,62}. I bambini appaiono una categoria a maggior rischio, soprattutto nella fase dell'acquisizione del linguaggio, insieme ai non vedenti, agli affetti da patologie acustiche e ai pazienti ricoverati negli ospedali. Il rumore altera anche la qualità della vita influenzando il comportamento sociale e lo sviluppo cognitivo. Studi condotti in zone circostanti aree aeroportuali hanno rilevato che i bambini esposti al rumore degli aeroplani mostravano capacità di apprendimento inferiori rispetto a bambini lontani dall'area in studio, a causa dell'interferenza con l'acquisizione sonora del linguaggio e alla minore inclinazione di genitori e insegnanti a parlare o leggere. Le infrastrutture di trasporto rappresentano le principali sorgenti di rumore nell'ambiente, mentre le rimanenti attività determinano prevalentemente situazioni di disturbo puntuale.

Tra gli altri agenti fisici da considerare, l'Agenzia per la Ricerca sul Cancro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha classificato il radon come "cancerogeno per gli esseri umani"⁶³. Il radon rappresenta la seconda causa di tumore polmonare. Si tratta di un rischio moltiplicativo, interagente con gli altri fattori conosciuti: i fumatori esposti al radon, per esempio, presentano un rischio circa 15 volte superiore rispetto ai non-fumatori esposti alle stesse concentrazioni di gas. Allo stato attuale delle conoscenze, il rischio di tumore polmonare per l'intera vita, per un'esposizione cronica a una concentrazione di radon di $100 \text{Bq}/\text{m}^3$, è stimabile in circa l'1%, con un'incertezza complessiva probabilmente inferiore a un fattore tre. La stima accreditata più recente della proporzione attribuibile al radon sul totale dei decessi per tumore al polmone è del 9%, con un'incertezza compresa tra il 5 e il 20%⁶⁴. L'inalazione di gas radon rappresenta la principale fonte di rischio derivata dalle radiazioni ionizzanti in Italia. È il principale componente della dose efficace per

la popolazione seguita dall'irraggiamento da parte dei radionuclidi naturali presenti nella crosta terrestre e nell'atmosfera.

Cambiamenti climatici (ondate di calore e/o di freddo estreme) sono un'altra fonte di rischio ambientale emergente in questi decenni. Le ripercussioni climatiche in Italia hanno riguardato principalmente l'effetto di ondate di calore anomale, mentre ondate di freddo estremo non fanno parte finora dell'esperienza piemontese. Durante i periodi estivi si verificano condizioni meteorologiche a rischio per la salute (le ondate di calore), in particolare nelle grandi aree urbane. Studi epidemiologici hanno evidenziato come tali condizioni abbiano un significativo impatto sulla salute della popolazione in termini di morbilità e mortalità. In diverse città del Mediterraneo (Atene, Barcellona, Roma) sono stati documentati nei periodi estivi picchi di mortalità legati all'aumento improvviso della temperatura. Le conoscenze epidemiologiche hanno evidenziato che l'effetto massimo sulla mortalità si osserva con alcuni giorni di latenza dal verificarsi delle condizioni a rischio e che, a parità di condizioni meteorologiche, l'effetto risulta maggiore quanto più l'evento è precoce nel corso della stagione estiva. I risultati degli studi indicano inoltre che la popolazione a maggior rischio è rappresentata dagli anziani (corrispondente alla fascia di età > 64 anni) e dai soggetti affetti da particolari patologie croniche soprattutto a carico del sistema respiratorio e cardiovascolare.

Ondate di calore particolarmente anomale sono state registrate nel nord Italia nel 1983 e 2003. Nel 2003 l'impatto complessivo sulla sola città di Torino è stato valutato in circa 600 decessi, in un terzo dei quali l'anticipazione del decesso è risultata superiore a 6 mesi^{65,66}. Nel 2004-2008 si sono confermate alcune, poche, situazioni di criticità, con valori medi di temperatura estiva superiore alle medie storiche di periodo (1913-2002), il che lascia ancora incerta la previsione, visto l'andamento generale europeo, circa un aumento della probabilità di eventi estremi nei prossimi anni. Una conseguenza delle modificazioni climatiche è la diminuzione delle precipitazioni estive negli ultimi anni, con conseguenze potenziali a lungo termine particolarmente preoccupanti per il fabbisogno futuro di acque potabili.

9. I bisogni inevasi della prevenzione: salute orale e depressione

Ci sono aree che per diversi motivi restano, al momento, al di fuori di programmi efficaci di prevenzione attiva. Casi emblematici sono rappresentati dalla salute orale e dalla salute mentale.

Le protesi dentarie sono più diffuse tra le persone con basso titolo di studio, in particolare nella classe di età al di sotto dei 64 anni, mentre la relazione si inverte nella popolazione anziana⁶⁷. Tale depauperamento della salute odontoiatrica è attribuibile ad una insufficiente pratica dell'igiene orale nei passati decenni (la situazione attuale pare in netto miglioramento: i dati dello studio HBSC testimoniano che la quasi totalità dei pre-adolescenti si lava i denti almeno una volta al giorno, anche se solo il 71% dei quindicenni lo fa più di una volta al giorno) oltre al fatto che il settore odontoiatrico è prevalentemente lasciato all'assistenza privata restando spesso inaccessibile alle fasce di popolazione più deboli.

Sul versante della salute mentale si è già segnalato il peso preponderante che la depressione ha assunto tra le patologie a maggior impatto nelle stime del *Global Burden of Disease* per i prossimi 20 anni nei documenti dell'OMS.

Interventi mirati sulle famiglie e sui medici di medicina generale hanno provato la loro efficacia nel riconoscimento precoce della depressione maggiore⁶⁸. L'impatto

che questo potrebbe avere è descrivibile con i dati di prevalenza delle patologie depressive non riconosciute misurate dallo studio ESeMED. In un campione rappresentativo della popolazione generale italiana maggiorenne, lo studio ha rilevato la presenza di un disturbo depressivo negli ultimi 12 mesi nel 2% dei maschi e nel 5% delle femmine. La proporzione di rispondenti con un disturbo depressivo nel corso della vita è del 7% nei maschi e del 15% nelle femmine. Solo il 21% dei soggetti con un disturbo depressivo negli ultimi 12 mesi e il 12% di quelli con un disturbo depressivo nella vita si è rivolto negli ultimi 12 mesi ai servizi sanitari. Di coloro che si sono rivolti ai servizi sanitari il 39% si è rivolto solo al medico di medicina generale, il 22% solo alla psichiatria, il 4,5% solo allo psicologo o allo psicoterapeuta e il 34% sia al medico di medicina generale che a uno degli altri professionisti. Sempre tra coloro che si sono rivolti ai servizi sanitari, il 41% ha usufruito solo di trattamento farmacologico, il 10% solo di trattamento psicoterapeutico, il 35% di entrambi e il 14% di nessun trattamento⁶⁹. Dall'altro lato è ben noto che:

- la prevalenza della depressione nei pazienti con malattie croniche è 4 volte maggiore con una prevalenza nell'anno del 12%;
- la depressione ha un impatto diretto sulla adesione al trattamento con importanti implicazioni di salute pubblica nel caso delle malattie trasmissibili quali l'infezione da HIV e la tubercolosi e in termini di salute individuale nel caso di malattie croniche quali il diabete e le malattie cardiovascolari;
- aumenta il tasso di mortalità nei pazienti con malattia cardiovascolare sia attraverso la mancata adesione a corretti stili di vita e al trattamento sia a causa di effetti fisiologici negativi diretti;
- la concomitanza di depressione e malattie somatiche è sottodiagnosticata e trattata in misura inadeguata.⁷⁰

Il riconoscimento adeguato e tempestivo della depressione come patologia concomitante alle patologie somatiche a maggiore impatto (ipertensione e diabete ad esempio) è in grado di prevenire gli esiti sfavorevoli delle complicazioni.

Al tempo stesso nella prevenzione della depressione e degli effetti correlati si collocano anche le strategie specifiche di riconoscimento precoce del rischio di suicidio nei soggetti (maschi, anziani) e nelle aree regionali con dati stabilmente superiori alle medie. Nella stessa direzione si potrebbero classificare gli interventi di riconoscimento precoce delle patologie schizofreniche, che – se trattate in ritardo – presentano un rischio significativamente maggiore di esiti sfavorevoli e di disabilità persistenti (psico-sociali).

10. L'assistenza sanitaria

Tra i determinanti prossimali della salute l'assistenza sanitaria svolge un ruolo importante nella modificazione della storia naturale della malattia, in termini di miglioramento della sopravvivenza, della funzionalità residua e dell'autosufficienza e in termini di qualità della vita. Quale sia il contributo relativo dell'assistenza sanitaria nello spiegare il miglioramento della speranza di vita in Italia non è facile da disarticolare da quello della prevenzione.

In Piemonte la mortalità per le malattie ischemiche del cuore, la patologia più rilevante per frequenza e gravità agli inizi degli anni Ottanta, negli ultimi decenni è diminuita più velocemente di quanto non sia diminuita la mortalità generale e, da numerosi anni, presenta valori tra i più bassi d'Italia. Si è già richiamato come questa diminuzione del rischio di mortalità sia merito per metà della diminuzione di incidenza legata alla prevenzione sulle condizioni e gli stili di vita e per metà al

miglioramento di sopravvivenza dovuto ai brillanti risultati nell'assistenza cardiologica (dalla tempestività di accesso nell'emergenza alla rete di unità coronariche). In questo caso si può apprezzare come il servizio sanitario abbia dato un contributo significativo al miglioramento degli esiti di salute nella popolazione.

Nel caso dei tumori, che pur presentano ancora un andamento di incidenza crescente, si è già visto che il dato di mortalità decrescente a fronte di un aumento dell'incidenza segnala un consistente e continuo miglioramento della sopravvivenza, che può essere correlato alla combinazione di effetto dell'anticipazione diagnostica e dell'aumentata efficacia dei trattamenti.

Basterebbero questi due esempi per dimostrare la rilevanza dell'assistenza sanitaria nel modificare significativamente gli esiti di malattia e per giustificare l'attenzione della relazione sullo stato di salute non solo alla prevenzione dei problemi di salute, ma anche al loro trattamento, anche se sarebbe opportuno uno sforzo di ricerca più sistematico per valutare l'impatto sulla salute dell'assistenza sanitaria. Tuttavia si possono identificare criticità nell'organizzazione e nell'erogazione dell'assistenza sanitaria che ancora minacciano gli esiti di salute, in modo variabile tra le diverse aree geografiche del paese e tra i diversi gruppi sociali.

Indicazioni sull'uso dei servizi sanitari da parte della popolazione possono essere ricavate dalle fonti informative correnti e dall'indagine sulle condizioni di salute dell'ISTAT 2005. Dalle prime, emerge come il Piemonte si caratterizzi per un minore ricorso ai servizi sanitari rispetto al resto del Paese: una volta tenuto conto delle differenze di età, sono inferiori alla media italiana (e comunque tra i più bassi in Italia) i tassi di ricovero ospedaliero e di prescrizioni farmaceutiche e gli accessi in Pronto Soccorso. La distribuzione di medici di medicina generale sul territorio è uguale alla media nazionale, ma è nettamente superiore al valore nazionale (il più elevato d'Italia) il ricorso a forme associative.

L'indagine ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi raccoglie una estesa quantità di informazioni su molteplici aspetti delle condizioni di salute e dei suoi determinanti sanitari e non sanitari. L'indagine viene svolta con cadenza quinquennale su un campione rappresentativo della popolazione italiana e consente l'analisi anche a livello di area vasta sub-regionale. Tra le informazioni rilevate sono presenti numerose caratteristiche socio-demografiche della popolazione, la frequenza e l'intensità di utilizzo dei servizi sanitari (ricoveri, assistenza specialistica ambulatoriale, farmaci, visite mediche specialistiche, assistenza territoriale). A parità di età e stato di salute percepito i risultati evidenziano un utilizzo dei servizi crescente con il peggioramento dello stato di salute e con l'abbassarsi della posizione sociale, in entrambi i generi, a documentazione di una sostanziale equità di utilizzo dell'assistenza sanitaria⁷¹. Quando però si analizza da vicino la variabilità dei trattamenti in specifici percorsi assistenziali si possono osservare eterogeneità che difficilmente sono spiegabili dalla distribuzione del bisogno. I soggetti socialmente svantaggiati hanno maggior probabilità di essere sottoposti a procedure ad alto rischio di inappropriately. Ai problemi di inappropriately spesso si associa l'interruzione della continuità assistenziale in un percorso di cura. Sono numerose le testimonianze dell'impatto sugli esiti di salute di questi meccanismi. Ad esempio, per un tumore a buona prognosi come il tumore del colon in Piemonte la letalità a tre anni è più alta di circa il 50% tra le persone con un basso titolo di studio rispetto a quelle con un'alta istruzione; questo fatto segnala che qualcosa nel percorso assistenziale può non aver funzionato, soprattutto nella fase molto precoce della storia con un ritardo nella presentazione dei segni e sintomi, e nella fase tardiva con una interruzione del follow up dopo l'intervento chirurgico⁷². Allo stesso modo, in Piemonte, pazienti diabetici con bassa scolarità hanno una probabilità doppia, rispetto ai laureati, di essere ricoverati in urgenza e hanno la metà di probabilità di

utilizzare il day hospital⁷³, così come cardiopatici anziani di bassa scolarità hanno una minor probabilità di avere una prescrizione di statine di cardiopatici anziani con scolarità elevata⁷⁴. Anche l'interruzione della continuità del percorso può essere interpretata come una forma di inappropriatelyzza di somministrazione dell'intervento necessario rispetto ai tempi di esecuzione sulla linea temporale del percorso assistenziale. I percorsi assistenziali che dovrebbero essere selezionati come maggiormente critici nell'appropriatelyzza del percorso o del singolo intervento sono quelli che hanno un maggior impatto sulla salute, che presentano maggiore variabilità sociale e geografica e per i quali sono disponibili linee guida da cui partire per un adattamento alla realtà locale^{75,76}.

11. Conclusioni

A distanza di trent'anni dalla riforma sanitaria il profilo epidemiologico della popolazione piemontese continua a rappresentare il punto di riferimento più solido per stabilire ciò che è più importante da fare prima nella promozione della salute, nella prevenzione sanitaria e nell'assistenza. La relazione ha documentato in modo riassuntivo le principali trasformazioni di questo profilo, quanto esse siano state influenzate dai cambiamenti sociali ed economici del nostro Paese, ma ha anche indicato che nelle maglie di questo profilo si riconosce molto chiaramente il ruolo di quei determinanti distali e di quelli prossimali il cui contrasto è alla portata delle politiche della nostra regione nel futuro.

Allegato. Struttura, salute e bisogni della popolazione piemontese

AMBITO	PIEMONTE	ITALIA
Demografia		
Struttura demografica (Anno 2007)		
Età media	45,0	42,8
Indice di vecchiaia	181,1	141,5
% pop 65-74 anni	11,9	10,5
% pop >=75 anni	10,9	9,7
% pop >=65 anni che vive sola	30,5	27,1
Fecondità (Anno 2007)		
Numero medio figli donne italiane	1,19	1,28
Numero medio figli donne straniere	2,43	2,40
Dinamica di popolazione (Anni 2007-2008)		
Saldo naturale per 1.000 (differenza per 1.000 tra inizio e fine periodo)	-2,1	-0,1
Saldo migratorio per 1.000 (differenza per 1.000 tra inizio e fine periodo)	+11,2	+7,8
Tasso di natalità x 1.000 (differenza per 1.000 tra inizio e fine periodo)	+8,9	+9,6
Saldo migratorio con l'estero x 1.000	+11	+7,9
Iscritti dall'estero x 1.000	12,2	9,2
Caratteristiche sociali		
Anno 2001 (censimento)		
% Bassa istruzione	35,8	36,5
% Disoccupazione	6,3	12,4
% Abitazioni in affitto	23,8	19,7
Densità abitativa (per 100 m ²)	2,7	2,9
% Famiglie monogenitoriali	8,4	8,9
Indice di deprivazione	0,41	0
Anno 2008 (18-69 anni - PASSI)		
% Istruzione bassa (nessun titolo/lic. elementare)	12,	12,4
% Lavoro continuativo (18-65 anni)	66	63,9
% Dichiarata difficoltà economiche	49	55,1
Sopravvivenza e mortalità		
Anno 2008		
Speranza di vita alla nascita uomini	78,4	78,7
Speranza di vita alla nascita donne	83,6	84
Speranza di vita a 65 anni uomini	17,9	18
Speranza di vita a 65 anni donne	21,4	21,6
% giudizio positivo sul proprio stato di salute (18-69 anni - PASSI)	67,7	66
Anno 2007 - Tassi standardizzati di mortalità per 10.000		
<i>Uomini</i>		
Tumori	39,5	37,8
M. sistema circolatorio	42,7	41,1
M. apparato respiratorio	9,7	9,2
M. apparato digerente	4,2	4,6
Cause violente	6,0	5,6
Tutte le cause	117,2	113,9
<i>Donne</i>		
Tumori	21,2	20,1

AMBITO	PIEMONTE	ITALIA
M. sistema circolatorio	28,0	28,9
M. apparato respiratorio	4,2	3,7
M. apparato digerente	3,2	2,9
Cause violente	2,2	2,4
Tutte le cause	70,9	70,4
Stili di vita		
Anno 2007-2008		
<i>Sovrappeso e obesità</i>		
% persone in sovrappeso >=18 anni	32,4	35,6
% persone in sovrappeso 8-9 anni	19,5	23,1
% persone obese >=18 anni	8,9	9,9
% persone obese 8-9 anni	7,8	11,5
<i>Attività fisica</i>		
% persone che non praticano sport >= 3 anni	30	39,5
% sedentari (18-69 anni) -	27,2	29,4
<i>Fumo</i>		
% fumatori > 14 anni	22,3	22,1
Numero medio sigarette die	12,1	13,3
% persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici	93	87
% persone che ritengono rispettato il divieto nel luogo di lavoro	91	87
<i>Alcol</i>		
% consumatori a rischio 19-64 anni uomini	34,8	22,4
% consumatori a rischio 19-64 anni donne	13	13
<i>Alcol e droghe</i>		
Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per 10.000 - uomini	1,64	1,83
Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per 10.000 - donne	0,74	0,71
Prevenzione individuale		
Stagione 2008-2009 - Vaccinazioni		
Copertura vaccinale antinfluenzale > 65 anni (%)	60,7	66,2
Anno 2008 - Screening		
% donne 50-69 anni invitate in programmi di screening mammografico*	70,7	69,2
% donne 25-64 anni invitate in programmi di screening per il cervico-carcinoma*	87,9	80,4
% soggetti invitati in programmi di screening colo rettale (FOBT)*	69,4	71,3
Incidenti stradali		
Anno 2006 - Tassi standardizzati di mortalità x 10.000		
Uomini	1,91	1,64
Donne	0,46	0,39
Anno 2008 – Uso di dispositivi di prevenzione individuale (PASSI)		
Cintura anteriore	90	83
Cintura posteriore	28	19
Casco	98	94
Infortunati sul lavoro		
Anno 2005-2007 (media)		
Tasso standardizzato per attività economica per 1.000 addetti**	22,19	26,98
Anno 2008		
Tasso di mortalità per 100.000 addetti	4,72	5,27

AMBITO	PIEMONTE	ITALIA
Incidenti domestici		
Anno 2007		
Tasso di incidente domestico per 1.000	11,9	11,9
Salute mentale		
Anno 2006 - Disturbi psichici		
Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per 10.000 - uomini	44,9	50,6
Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per 10.000 - donne	46,2	48,7
Anno 2008		
% sintomi di depressione (18-69 anni -PASSI)	6	8
Salute materno infantile		
Anno 2006 - Aborti volontari		
Tassi standardizzati per 1.000 donne di 15-49 anni	10,9	9,2
Tassi di mortalità infantile per 1.000 nati	3,5	3,4
Salute degli immigrati		
Anno 2008		
% stranieri residenti sul totale residenti	7,9	6,5
Anno 2007		
% nati da almeno madre straniera	20,3	14,6
% aborti volontari di stranieri sul totale degli aborti volontari	36,7	31,3
Risorse e attività di assistenza sanitaria		
Anno 2006		
MMG x 1.000 residenti adulti	0,91	0,91
PLS x 1.000 residenti bambini	0,84	0,98
% MMG con indennità per attività in forma associativa (anno 2007)	78,5	58,4
Anno 2008		
Consumo farmaceutico territoriale pesato per età DDD/1.000 ab. die	839	924
Anno 2007		
Tassi standardizzati di ospedalizzazione x 1.000	168,4	193,0
Accessi in Pronto Soccorso x 1.000 abitanti	314	364
Soddisfazione dei cittadini		
Anno 2005		
% di soggetti molto soddisfatti del SS	43,5	34,0

Fonte: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute 2009.

* Fonte: Ottavo Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening.

** Fonte: Indicatori statistici dei Flussi Inail-Ispesl-Regioni-Ipsema 2009.

Bibliografia

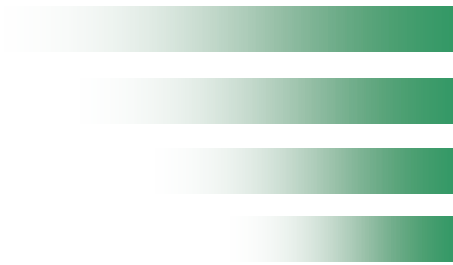
- ¹ Desimoni A, Lipsi RM. *La mortalità per causa in Italia nell'ultimo trentennio*. Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Dipartimento di Scienze Demografiche, 2005.
- ² AIRTUM Working Group. I tumori in Italia. Rapporto 2006. Incidenza, mortalità e stime.
- ³ AIRTUM Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2007: Sopravvivenza. *Epidemiologia & prevenzione* 2007; anno 31(1) gennaio-febbraio, suppl. 1.
- ⁴ Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M *et al.* Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999; 353: 1547-57.
- ⁵ Baldereschi M. Il fabbisogno sanitario dell'anziano: i dati dello studio ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging). In: Furlan PM. *I nuovi luoghi delle cure. Volume IV, i nuovi anziani*. Torino, 2006.
- ⁶ Lafortune G, Balestat G, and the Disability Study Expert Group Members. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. Organisation for Economic Co-operation and Development. Marzo 2007.
- ⁷ Servizio di Epidemiologia ASL TO3 Regione Piemonte, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria – ASL TO2 Regione Piemonte. *Relazione sulla salute mentale in Piemonte*. Aprile 2008. <http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/salutementale/dwd/mentale.pdf>
- ⁸ Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute 2009, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane.
- ⁹ Istat – Statistiche in breve. *La povertà relativa in Italia nel 2006*. 4 ottobre 2007.
- ¹⁰ Istat – Statistiche in breve. *Distribuzione del reddito e condizioni di vita in Italia (2005-2006)*. 17 gennaio 2008.
- ¹¹ Costa G, Vannoni F, Marinacci C *et al.* (a cura di). Le disuguaglianze più significative in relazione al processo di invecchiamento. Principali priorità per ridurre la presenza e l'impatto sulle popolazioni future. In: Furlan PM. *I nuovi luoghi delle cure. Volume IV, i nuovi anziani*. Torino, 2006.
- ¹² Barendregt J (a cura di). The impact of ageing on the health of the population and the need for health care. In: Furlan PM. *I nuovi luoghi delle cure. Volume IV, i nuovi anziani*. Torino, 2006.
- ¹³ Costa G. *La salute degli immigrati come costruzione sociale*. In: *Immigrazione in Piemonte – Rapporto 2006*. Istituto Ricerche Economico-Sociali.
- ¹⁴ Ministero dello sviluppo economico. *Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013*. Giugno 2007.
- ¹⁵ Ståhl T, Wismar M, Ollila E, *et al.* *Health in All Policies Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health Department, Finland 2006.
- ¹⁶ Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU; http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_it.pdf.
- ¹⁷ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/cons_inequalities_en.htm
- ¹⁸ Costa G, Gnani R (a cura di). *Lo stato di salute in Piemonte*. Regione Piemonte; Torino, maggio 2006.
- ¹⁹ Marinacci C, Spadea T, Biggeri A, Demaria M, Caiazzo A, Costa G. The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of north-west Italy. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 199-207.
- ²⁰ Costa G, Spadea T, Cardano M (a cura di): Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidemiol Prev* 2004; 28 (Supplemento): 1-161.
- ²¹ Gnani R, Karaghiosoff L, Costa G, Merletti F, Bruno G. Socio-economic differences in the prevalence of diabetes in Italy: The population-based Turin study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2008; 18(10): 678-682.
- ²² Marmot M. Status Syndrome. *How Our Position on the Social Standing Affects Longevity and Health*. Bloomsbury, 2004.
- ²³ Costa G, Spadea T, Gelormino E, Mamo C, Bellini S. *Povertà e salute*. In: Commissione di indagine sull'esclusione sociale. *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale - Anno 2007*. Roma, 2008, pp. 227-256. Disponibile su: <http://www.commissioneipovertacies.eu/rapporto2007.pdf>

- ²⁴ <http://www.cipespiemonte.it/cedo/allegati/2548-Linee-Guida-PePS.doc>
- ²⁵ OMS, Programma "Move for Health". <http://www.who.int/moveforhealth>
- ²⁶ Istat. *La vita quotidiana nel 2007*. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.
- ²⁷ Vigna-Taglianti F, Migliardi A, Mathis F, Faggiano F (a cura di). Commissione del Piano Regionale Anti-Tabacco. *Fatti e cifre sul fumo di tabacco in Piemonte - anno 2008*. Torino: Regione Piemonte; 2008.
- ²⁸ Borracino A, Dalmaso P, Zambon A *et al.* (a cura di). *Comportamenti a rischio*. In: *Stili di vita e salute dei giovani italiani 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002*. Edizioni Minerva Medica, Torino, 2004. <http://www.hbsc.unito.it/>
- ²⁹ Istat. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005.
- ³⁰ Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational inequalities in initiation, cessation and prevalence of smoking among three Italian birth cohorts. *Am J Epidemiol* 2007; 97(5): 838-845.
- ³¹ Federico B, Kunst AE, Vannoni F, Damiani G, Costa G. Trends in educational inequalities in smoking in northern, mid and southern Italy, 1980-2000. *Prev Med* 2004; 39(5): 919-926.
- ³² Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga (DNPA). *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2008*. Roma 2009.
- ³³ Shafer HJ. *What Do Gaming What Do Gaming Regulations Regulate? A Public Health Perspective on Disordered Gambling & Regulation*. The Institute for research on Pathological Gambling and related disorders. Harvard medical school's Division on Addiction, 2002.
- ³⁴ Istat. *La vita quotidiana nel 2006*. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2006.
- ³⁵ Dalmaso P, Zambon A, Borracino A, *et al.* (a cura di). *Abitudini alimentari e immagine corporea*. In: *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002*. Edizioni Minerva Medica, Torino, 2004. <http://www.hbsc.unito.it/>
- ³⁶ Vannoni F, Demaria M, Quarta D, *et al.* Differenze occupazionali nello stato di salute e negli stili di vita nell'indagine ISTAT sulla salute 1999-2000. *Med Lav* 2005; 96 (suppl.): s66-s84.
- ³⁷ Brescianini S, Gargiulo L, Gianicolo E. *Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza*. Convegno Istat, settembre 2002.
- ³⁸ Vieno A, Santinello M, Dallago L *et al.* (a cura di). *Sport e tempo libero*. In: *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002*. Edizioni Minerva Medica, Torino, 2004. <http://www.hbsc.unito.it/>
- ³⁹ Sacerdote C, Fiorini L, Dalmaso M, Vineis P. *Alimentazione e rischi di cancro. Indagine su un campione di 10054 volontari residenti nell'area torinese*. CPO Piemonte, luglio 2000. In: <http://www.cpo.it/documenti/alimentazione.pdf>
- ⁴⁰ Avendano M, Kunst AE, Huisman M, *et al.* Educational level and stroke mortality: a comparison of 10 European populations during the 1990s. *Stroke* 2004; 35:432-437.
- ⁴¹ Avendano M, Kunst AE, Huisman M, *et al.* Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 western European populations during the 1990s. *Heart* 2006; 92(4): 461-467.
- ⁴² Gnani R, Migliardi A, Giustetto G, Nejrotti M, Dalmaso M, Costa G. *Giano, un modello di medicina di iniziativa per la gestione ambulatoriale dell'ipertensione arteriosa: impatto sulla salute*. Atti della 28^a Riunione annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Torino, 15-17 settembre 2004, p. 38.
- ⁴³ Mamo C, Marinacci C, Demaria M, Mirabelli D, Costa G. Factors other than risks in the workplace as determinants of socioeconomic differences in health in Italy. *Int J Occup Environ Health*. 2005; 11: 70-76.
- ⁴⁴ Landsbergis P. Assessing the contribution of working conditions to socioeconomic disparities in health: a commentary. *Am J Ind Med* 2010; 53: 95-103.
- ⁴⁵ Power C, Matthews S, Manor O. Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *Lancet* 1998; 351(9108): 1009-14.
- ⁴⁶ Schrijvers CT, van de Mheen HD, Stronks K, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. *Int J Epidemiol* 1998; 27(6): 1011-8.

- ⁴⁷ D'Errico A. *Priorità nell'igiene e sicurezza del lavoro in Piemonte*. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL 5, Grugliasco (TO), Regione Piemonte, 2005.
- ⁴⁸ Ahonen E, Benavides F, Benach J. Immigrant populations, work and health – a systematic literature review. *Scand J work Environ Health* 2007; 33(2): 96-104.
- ⁴⁹ Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol* 2005; 34: 610-622.
- ⁵⁰ Istat, ACI. *Incidenti stradali. Anno 2007*. 20 novembre 2008. Download da www.istat.it.
- ⁵¹ World Health Organization. *European Health for All database*. 2010. www.who.int.
- ⁵² World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update*. 2008. www.who.int.
- ⁵³ Centro di monitoraggio regionale dell'incidentalità stradale. *La situazione dell'incidentalità stradale in Piemonte al 2007*. IRES Piemonte, 2009.
- ⁵⁴ C. Mamo, M. Dalmaso, O. Pasqualini, D. Rispo, C. Chessa. Valutazione dei costi sociali degli infortuni sul lavoro occorsi come incidenti stradali in Piemonte. *Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana* n. 46, dicembre 2009.
- ⁵⁵ Brunekreef B, Holgate ST. Air pollution and health. *Lancet* 2002; 360: 1233-42.
- ⁵⁶ Kunzli N, Stutz EZ, Perruchoud AP, Brandli O, Tschopp JM, Bolognini G *et al*. Peak flow variability in the SAPALDIA study and its validity in screening for asthma-related conditions. The SPALDIA Team. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160(2): 427-434.
- ⁵⁷ Glinianaia SV, Rankin J, Bell R, Pless-Mulloli T, Howel D. Particulate air pollution and fetal health: a systematic review of the epidemiologic evidence. *Epidemiology* 2004; 15: 36-45.
- ⁵⁸ Gilboa SM, Mendola P, Olshan AF, Langlois PH, Savitz DA, Loomis D, *et al*. Relation between ambient air quality and selected birth defects, seven county study, Texas, 1997-2000. *Am J Epidemiol* 2005; 162(3): 238-252.
- ⁵⁹ Biggeri A, Bellini P, Terracini B (eds). MISA, Metanalisi italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico 1996-2002. *Epidemiol Prev* 2004; 28 (Suppl.): 1-100.
- ⁶⁰ Pope 3rd CA, Burnett RT, Thun MJ, Calle EE, Krewski D, Ito K *et al*. Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long term exposure to fine particulate air pollution. *JAMA* 2002; 287: 1132-41.
- ⁶¹ van Kempen EEMM, Kruize H, Boshuizen HC, Ameling CB, Staatsen BAM, de Hollander AEM. The association between noise exposure and blood pressure and ischemic heart disease: a meta-analysis. *Environ Health Perspect* 2002; 110: 103-112.
- ⁶² Babisch W. Noise and Health. *Environ Health Perspect* 2005; 113: A14-A15.
- ⁶³ International Agency for Research on Cancer (IARC). *Man-made Mineral Fibres and Radon. Monographs on the Evaluation of Cancerogenic Risk to Humans*. IARC, Lyon, France, 1998; 43, p. 173.
- ⁶⁴ Darby S, Hill D, Auvinen A, Barros-Dios JM, Baysson H, Bochicchio F *et al*. Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies. *BMJ* 2005; 330(7485): 223. Epub 2004 Dec 21.
- ⁶⁵ Michelozzi P, de' Donato F, Bisanti L, Russo A, Cadum E., Demaria M, D'Ovidio M, Costa G, Perucci CA. The impact of the summer 2003 heat waves on mortality in four Italian cities. *Euro surveillance* 2005; 10(7): 161-165.
- ⁶⁶ Stafoggia M, Forastiere F, Agostini D, Biggeri A, Bisanti L, Cadum E *et al*. Vulnerability to heat-related mortality: a multi-city population-based case-crossover analysis. *Epidemiology* 2006; 17 (3): 315-323.
- ⁶⁷ Istituto Nazionale di Statistica. *L'uso di apparecchi sanitari*. In Gargiulo L, Sebastiani G (a cura di): *La cura e il ricorso ai servizi sanitari*. Indagine multiscopo sulle famiglie: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000. ISTAT, Roma, 2002; pp.221-227.
- ⁶⁸ WHO Workgroup on Clinical Comorbidity. *Comorbidity: clinical complexity and the need for integrated care*. Draft April 2005.
- ⁶⁹ De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. *Prevalenza dei disturbi mentali in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMeD-WMH*. Draft 2005.
- ⁷⁰ WHO Workgroup on Clinical Comorbidity. *Comorbidity: clinical complexity and the need for integrated care*. Draft April 2005.

-
- ⁷¹ Sabbadini LL, Gargiulo L, Sebastiani G. *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*. ISTAT, 2 marzo 2007.
- ⁷² Ciccone G, Prastaro C, Ivaldi C, Giacometti R, Vineis P. Access to hospital care, clinical stage and survival from colorectal cancer according to socio-economic status. *Ann Oncol* 2000; 11: 1201-04.
- ⁷³ Giorda C, Petrelli A, Gnavi R e la Commissione Regionale per l'Assistenza diabetologica del Piemonte. The impact of second-level specialised care on hospitalisation among persons with diabetes: a multilevel population based study. *Diabetic Medicine* 2006; 23: 377-383.
- ⁷⁴ Gnavi R, Migliardi A, Demaria M, Petrelli A, Caprioglio A, Costa G. Statins prescribing for the secondary prevention of ischaemic heart disease in Torino, Italy. A case of ageism and social inequalities. *Eur J Public Health* 2007; 17(5): 492-496.
- ⁷⁵ CPO Piemonte. *Linee guida oncologiche*. <http://www.cpo.it/lineeguida.htm>
- ⁷⁶ Penna A, Labate C, D'Alfonso A, Ballin L, Nante N, Ciccone G. Utilità e limiti delle linee guida: il progetto TRiPPS 2 in quattro ospedali del Piemonte. *QA* 2004; 15(3): 190-201.

L'ORGANIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE IN PIEMONTE



La Regione Piemonte ha avviato la sperimentazione di una **nuova architettura coordinata a livello centrale attraverso il “Coordinamento della Prevenzione” e a livello locale attraverso la “Direzione Integrata della Prevenzione”**, istituiti con lo scopo di coadiuvare il buon governo del sistema prevenzione mediante:

- azioni di coordinamento fra il livello centrale regionale e le ASL,
- sostegno ai progetti e le iniziative della programmazione centrale,
- sviluppo delle attività di rete e di integrazione all'interno e all'esterno delle ASL,
- potenziamento delle attività di osservazione epidemiologica e di promozione della salute,
- riconduzione dei problemi e dei rischi a gerarchie di valori e priorità,
- utilizzo delle risorse secondo criteri di efficienza ed efficacia,
- sviluppo di un adeguato sistema di comunicazione con la popolazione,
- gestione integrata delle emergenze.

Hanno l'obiettivo di **ricondurre a un disegno unico progetti e programmi** talvolta eccessivamente frammentati.

1. Organizzazione regionale

Il quadro di riferimento normativo è stato compiutamente definito con l'adozione di due importanti provvedimenti di programmazione sanitaria, la Legge regionale del 2007¹, che ha ridefinito attribuzioni e competenze nell'ottica di un riassetto del servizio sanitario regionale, e il Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2007-2010².

1.1. Coordinamento della prevenzione

Il Coordinamento della Prevenzione è stato istituito nel 2009³ per sovrintendere alle attività propedeutiche alla definizione della Direzione integrata della prevenzione nelle Aziende Sanitarie e redigere la proposta di Piano regionale di prevenzione. Il Coordinamento della prevenzione esercita funzioni chiave per la governance del sistema prevenzione. È il luogo in cui gli atti regolatori e pianificatori della Regione, attinenti alla prevenzione, trovano la necessaria condivisione, nei metodi e nei contenuti, e integrano i diversi ambiti di azione e professionalità. Costituisce la struttura univoca di interfaccia con altri settori regionali, agenzie, enti, amministrazioni e forze sociali per promuovere azioni di prevenzione nel contesto clinico e nelle politiche di gestione del territorio. Rappresenta il tramite tra il governo centrale e quello locale, attraverso i Direttori della Prevenzione, assicurando che le azioni locali siano coerenti con le linee strategiche regionali.

Esso si articola in due organismi: il Coordinamento operativo regionale per la prevenzione (CORP) e l'Assemblea dei Servizi di prevenzione.

1.1.1. Coordinamento operativo regionale per la prevenzione (CORP)

È presieduto dal Direttore Regionale della Sanità e composto dal Dirigente del settore Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva, il Dirigente del settore Prevenzione veterinaria, i direttori delle Direzioni integrate della

Governance del sistema della prevenzione

¹ Legge regionale 6 agosto 2007, n. 18, *Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale*.

² Approvato con DGR n. 137-40212 del 24/10/2007.

³ Con DGR n. 24-10835 del 23/02/2009.

prevenzione, e da rappresentanti dei Servizi Sovrazionali di Epidemiologia, del DoRS, del CPO, dell'ARPA, dell'IZS. Possono altresì partecipare referenti di altri Settori regionali che concorrono, direttamente o indirettamente, alla programmazione delle attività di prevenzione.

Rappresenta il luogo in cui gli atti regolatori e pianificatori della Regione attinenti alla prevenzione (atti di indirizzo, piani di attività, progetti...), prima della formale emissione, vengono sottoposti a supervisione metodologica (rispetto per esempio alle fasi di analisi dei bisogni, ricerca dell'efficacia degli strumenti proposti e monitoraggio dei risultati) e subiscono una verifica di coerenza con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione; da parte del CORP, infine, vengono valutate le modalità/necessità di coordinamento e integrazione interne ed esterne alla Sanità.

In particolare ha tra i suoi compiti:

- formulare proposte di aggiornamento del Piano regionale di prevenzione;
- formulare proposte in merito agli obiettivi annuali del livello "assistenza collettiva" da assegnare al Direttore Generale;
- supportare la valutazione del piano della formazione regionale;
- supportare la verifica periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano Regionale della Prevenzione;
- supportare i competenti Settori regionali nello sviluppo di linee guida e "percorsi" integrati da attuare con gli strumenti della governance;
- valutare i documenti di pianificazione aziendale delle azioni necessarie alla realizzazione del PRP.

Il CORP è convocato dal Direttore regionale della Sanità con cadenza periodica; con apposito provvedimento se ne disciplinano le modalità di funzionamento.

1.1.2. Assemblea dei Servizi di prevenzione

L'Assemblea rappresenta il luogo d'incontro, interrelazione e integrazione tra tutti i Servizi che erogano direttamente prestazioni di prevenzione o che concorrono (direttamente o indirettamente) a essa. È presieduta dal Direttore regionale della Sanità e ha una funzione consultiva e propositiva nei confronti del CORP.

Le funzioni dell'Assemblea, definite con apposito provvedimento⁴, includono:

- consultazione preventiva su atti di programmazione sanitaria che definiscono strategie di prevenzione e modelli di organizzazione;
- elaborazione di proposte in merito a obiettivi di salute, progetti di prevenzione e modelli organizzativi, anche su base sperimentale, da sottoporre al CORP;
- supervisione sullo stato di attuazione del Piano regionale di prevenzione.

A livello locale i membri componenti dell'Assemblea svolgono analoghe funzioni consultive e propositive nei confronti della Direzione Integrata della Prevenzione.

1.2. Settori regionali

Dal punto di vista organizzativo la sanità piemontese, e l'area della prevenzione in particolare, ha vissuto profonde trasformazioni. L'accorpamento delle aziende sanitarie ha ridefinito l'organizzazione delle strutture presenti sul territorio e, successivamente, ha preso avvio la riorganizzazione delle direzioni regionali⁵. Le precedenti tre direzioni regionali, infatti, sono confluite in un'unica direzione, al cui interno i quattro Settori della ex Direzione Sanità Pubblica, a cui facevano riferimento i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, sono ora diventati due:

⁴ DD n. 899 del 23/12/2009.

⁵ Con DGR n. 10-9336 del 1/08/2008.

- Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva, risultato dalla fusione del Settore Prevenzione in ambienti di vita e lavoro e del Settore Igiene e sanità pubblica;
- Prevenzione veterinaria, nel quale sono confluiti il Settore Sanità animale e igiene degli allevamenti e il Settore Vigilanza e controllo degli alimenti di origine animale.

Nel nuovo Settore che si occupa di prevenzione umana sono state inoltre inglobate anche materie che in precedenza erano di competenza di altri Settori regionali, come la medicina legale, la medicina dello sport, la promozione della salute, gli interventi e i programmi di prevenzione secondaria (tra questi gli screening oncologici).

La logica di questo accorpamento è stata quella di creare due riferimenti tecnico-organizzativi per le attività di prevenzione, integrando però maggiormente al loro interno le due grandi aree della prevenzione medica e veterinaria, che risultavano eccessivamente frammentate.

Competono ai Settori, nel rispetto dell'indirizzo della Direzione Regionale e in conformità con gli obiettivi fissati dagli Organi di Governo, le attività relative all'attuazione delle indicazioni programmatiche regionali e nazionali, anche attraverso l'emanazione di indirizzi operativi alle ASR e alle altre strutture operanti per il SSN, nonché le attività di coordinamento, organizzazione, verifica e controllo.

Sono inoltre presenti all'interno dei Settori regionali Assistenza specialistica e ospedaliera e Assistenza sanitaria territoriale le competenze relative alle aree materno-infantile, salute mentale e prevenzione delle dipendenze, spesso interconnesse a livello centrale e locale con gli interventi di prevenzione primaria.

1.3. Altri attori della prevenzione

Il PSSR ha messo in evidenza che, per assicurare le funzioni di "governo" unico della prevenzione, occorre prefigurare un'organizzazione che favorisca l'incontro e l'integrazione dei soggetti interessati e l'avvio di un graduale processo, anche culturale, di abbattimento dei numerosi confini che attualmente limitano la comunicazione e l'integrazione tra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi.

I livelli di integrazione progettuale saranno più evidenti all'interno della trattazione degli obiettivi di salute per singole aree (cap. 5). Qui ci si limita a sottolineare che i percorsi di integrazione devono essere concretamente praticati sia all'interno della Direzione Sanità, sia a livello inter-assessorile e con i rappresentanti dei vari livelli istituzionali e amministrativi, sia con i Comuni e le Province. All'interno della Direzione Sanità tali percorsi di integrazione includono l'assistenza territoriale, per quanto riguarda la salute mentale, l'assistenza materno-infantile, la prevenzione delle dipendenze e la medicina di famiglia, e l'assistenza ospedaliera per le competenze di controllo infezioni ospedaliere, malattie infettive, percorsi diagnostico-terapeutici, malattie cardiovascolari ecc.

Si evidenziano, inoltre, alcune possibili intersezioni operative con altri Assessorati o istituzioni:

- Assessorato all'Ambiente per assicurare integrazione, appropriatezza ed efficacia alle azioni di protezione dai rischi ambientali, diretti e indiretti, della popolazione;
- Assessorato ai Trasporti per concordare e sostenere interventi comuni finalizzati alla sicurezza stradale come obiettivo di salute;
- Assessorato all'istruzione e Ufficio scolastico regionale per favorire l'adozione di metodi efficaci e priorità condivise negli interventi di promozione della salute all'interno della scuola;
- Assessorato alla Cultura, per creare le sinergie utili a favorire la cultura della salute e della prevenzione;

- Direzione Comunicazione istituzionale della Giunta regionale per la realizzazione delle campagne di comunicazione;
- Assessorato all'Agricoltura e Assessorato al Commercio per le politiche sanitarie di corresponsabilizzazione dei produttori primari di alimenti e di informazione e partecipazione dei consumatori;
- Assessorato all'Università, ricerca e politiche per l'innovazione per incentivare l'attività di ricerca qualificata nel settore della prevenzione;
- INAIL e Direzione Regionale Lavoro per promuovere la cultura della sicurezza e la programmazione integrata degli interventi.

1.4. Strutture di riferimento e di supporto

A livello intermedio è istituita una rete di servizi di riferimento e di supporto a cui concorrono numerose strutture esterne alla Regione, ma coordinate dalla stessa, costituite da operatori principalmente appartenenti alle ASL. Al Coordinamento della Prevenzione, istituito per rafforzare il coordinamento centrale, integrare tra loro le numerose attività in corso e assicurare le funzioni di "governo" unico della prevenzione, sono affidate anche funzioni di raccordo e comunicazione tra il livello centrale regionale e le ASL.

La Direzione regionale Sanità, su proposta del CORP, assegna alle ASR cui appartengono i Servizi di riferimento e di supporto specifici obiettivi annuali di attività coerenti con le indicazioni del presente Piano e ne verifica la realizzazione.

1.4.1. Servizi di Epidemiologia

I Servizi Sovrazionali di Epidemiologia⁶ (SSEPI) sono stati istituiti nel 1998 e nel 2000⁷ ne è stato definito il funzionamento in rete sotto la responsabilità di un coordinatore. In particolare, erano stati previsti quattro servizi di area (SSEPI) e tre servizi con prevalenti competenze specialistiche (due Servizi di Epidemiologia dei Tumori ricompresi nel CPO e il Servizio di Epidemiologia Ambientale dell'ARPA Piemonte). Nel 2008 sono state istituite le Strutture di epidemiosorveglianza veterinaria, a valenza multizonale⁸, che integrano le attività di epidemiosorveglianza e di valutazione del rischio a supporto dei Servizi Veterinari curate dall'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale del Piemonte presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale.

Ai Servizi di Epidemiologia sono stati affidati i compiti specifici di sviluppare sistemi informativi sanitari, promuovere la qualità dei servizi, pianificare e valutare le attività sulla base delle evidenze epidemiologiche e realizzare indagini epidemiologiche ad hoc. Tutti i Servizi Sovrazionali di riferimento per ciascun quadrante regionale svolgono attività di assistenza epidemiologica alle necessità conoscitive delle ASR e degli enti locali per l'area geografica di riferimento, assistenza epidemiologica ai progetti e alle attività dell'Assessorato alla Salute e dell'ARESS nel campo della prevenzione e della valutazione dell'assistenza, attività di progettazione e coordinamento di indagini epidemiologiche ad hoc e attività specialistica (vedi descrizione di seguito).

L'obiettivo, non ancora pienamente raggiunto e consolidato, è la costruzione di un lavoro di rete che, sulla base delle politiche regionali, configuri una strategia unitaria di conoscenza e valutazione basata sull'uso integrato di risorse tecniche, professionali e scientifiche che faccia diventare l'epidemiologia patrimonio comune di tutti gli operatori e di tutti i servizi del sistema sanitario piemontese per contribuire a

⁶ DGR n. 37-25948 del 16/11/1998.

⁷ DGR n. 10-29156 del 17/1/2000.

⁸ DGR n. 1-8611 del 16/4/2008.

sviluppare a livello regionale e locale attività di pianificazione e valutazione fondata sulle evidenze epidemiologiche.

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3, Grugliasco

Il Servizio svolge funzioni generali di supporto per le strutture locali di epidemiologia della provincia di Torino.

Sono inoltre attribuite le funzioni specialistiche di:

- valorizzazione dei sistemi informativi sanitari e non sanitari per il Servizio Sanitario Regionale;
- partecipazione alla progettazione e realizzazione di nuovi sistemi informativi e di indagine volti a misurare la frequenza dei bisogni di salute e dei loro determinanti, valutare la qualità dell'assistenza erogata e monitorare gli esiti di salute, con particolare riferimento agli ambiti non ancora coperti da osservatori specializzati.

Al Servizio afferiscono le strutture organizzative "Osservatorio delle Dipendenze" e "Osservatorio Rischi da lavoro", alle quali sono attribuite funzioni specialistiche per la sorveglianza, la ricerca e l'assistenza alla programmazione negli ambiti di competenza.

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL di Alessandria, SeREMI

Il Servizio svolge funzioni generali di supporto per le strutture locali di epidemiologia delle ASL AL e AT ed è stato individuato⁹ quale struttura di riferimento regionale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e punto di contatto per la gestione delle emergenze infettive.

Gestisce il nodo informativo regionale SIMI e la raccolta dei dati relativi alle coperture vaccinali. Assiste e organizza le relative reti di referenti.

Assiste il funzionamento degli ambulatori per la medicina dei viaggi, in collaborazione con il Centro regionale di riferimento per la Medicina dei Viaggi dell'ASL TO2 di Torino.

Il Servizio è sede inoltre del *Cochrane Vaccine Field* e mantiene la *Vaccine Library*.

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL di Novara

Il Servizio svolge funzioni generali di supporto per le strutture locali di epidemiologia delle ASL VC, BI, NO e VCO.

Al Servizio è attribuita la funzione specialistica di riferimento regionale per lo sviluppo delle funzioni locali di epidemiologia nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, da condurre in maniera condivisa con gli operatori delle altre strutture di epidemiologia regionale e locale. In tal senso, effettua il coordinamento regionale delle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento.

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL CN1

Il Servizio svolge funzioni generali di supporto per le strutture locali di epidemiologia delle ASL della provincia di Cuneo.

Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

Il Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)¹⁰ ha funzioni di carattere scientifico (metodologie per la valutazione del rischio, ricerche sull'eziologia del cancro, documentazione) e gestisce il Registro Tumori Piemonte.

Misura mortalità e incidenze del cancro e valuta, a livello di popolazione, la sopravvivenza per specifiche patologie e stadi di malattia.

⁹ Con DGR n. 59-11905 del 2/3/2004.

¹⁰ Istituito con DGR n. 67-47036 del 16/06/1995.

Fornisce inoltre supporto metodologico alle ASL per la pianificazione, l'attuazione e la valutazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria (screening). Contribuisce alla valutazione della qualità dell'assistenza oncologica e alla valutazione della completezza e adeguatezza dell'applicazione di protocolli diagnostici e terapeutici.

Dipartimento di Epidemiologia e salute ambientale dell'ARPA Piemonte

La struttura svolge funzioni di ricerca, sorveglianza, monitoraggio e valutazione dei rischi per la salute derivanti da esposizioni ambientali sull'intero territorio regionale. Svolge altresì una funzione di supporto specialistico epidemiologico e tossicologico ambientale ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e alle loro strutture epidemiologiche locali, nonché ad altri Enti quali Comuni, Province, Regione in relazione a rischi ambientali emergenti.

Realizza inoltre, in collaborazione con altre strutture dell'ARPA, delle ASL e della Regione, servizi previsionali funzionali alla tutela della salute inerenti le ondate di calore estive e il monitoraggio pollinico.

Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale e strutture di epidemiologia veterinaria

L'Osservatorio epidemiologico presso l'IZS di Torino conduce analisi dei rischi ed epidemiologiche in sanità animale e sicurezza alimentare, contribuisce alla verifica del raggiungimento degli obiettivi regionali di prevenzione veterinaria e garantisce l'apporto in caso di emergenze. Le strutture di epidemiosorveglianza veterinaria sono attive presso le ASL TO3, CN1, AL e NO, allo scopo di garantire un ambito di quadrante e assistere il funzionamento dei sistemi informativi, anagrafici e di attività dei Servizi veterinari delle ASL, integrando le competenze del Osservatorio epidemiologico.

1.4.2. Centro Controllo Malattie dell'ASL TO1, Torino

Il Servizio, di recente istituzione, ha la funzione di interfaccia con il CCM del Ministero della Salute e opera in network con quest'ultimo per curare la realizzazione locale dei progetti di prevenzione e controllo malattie che vengono promossi nel paese. In particolare costituisce punto di raccordo tra il livello regionale e quello nazionale per il Piano Nazionale di Prevenzione svolgendo funzioni generali di monitoraggio sulle varie linee operative, fornendo supporto e consulenza per i programmi non delegati a specifici soggetti, garantendo che la Regione sia adeguatamente rappresentata nelle svariate attività centrali di coordinamento; ha compiti di supporto, sostegno, monitoraggio e gestione informativa dei progetti CCM cui partecipano a vario titolo soggetti piemontesi; concorre alla definizione della rete regionale per le emergenze in sanità pubblica; ha compiti per lo sviluppo di progetti a valenza internazionale in materia di prevenzione; collabora, in fase di avvio, allo svolgimento delle funzioni di epidemiologia locale descritte al successivo punto 2.1.2 a supporto della Direzione Integrata di Prevenzione di Torino.

1.4.3. Servizio di Sanità Pubblica dell'ASL TO3, Grugliasco

Il Servizio, a direzione universitaria, ha la funzione di promuovere le capacità professionali e di innovazione nel campo della prevenzione, promozione della salute in tutte le politiche e della sanità pubblica in concorso con le Università e il Politecnico. Inoltre, svolge funzioni di pianificazione, organizzazione e gestione dell'offerta formativa per le professioni sanitarie tecniche e di integrazione con l'offerta formativa per le professioni mediche. In particolare, gestisce il Corso di Laurea Interfacoltà "Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro".

1.4.4. Centro regionale di documentazione per la promozione della salute (DoRS)

Il Centro regionale di documentazione per la promozione della salute¹¹ ha il ruolo di documentare, valutare e valorizzare le conoscenze disponibili sugli argomenti di prevenzione e promozione della salute (stili di vita e comportamenti protettivi, rischi di natura chimica, fisico-impianistica, tossicologica, microbiologica e nutrizionale, attività dei medici di medicina generale, comunicazione e marketing sociale, ecc.). La valorizzazione delle prove di efficacia, delle evidenze tratte dalla letteratura pubblicata e grigia e delle buone pratiche avviene con strumenti e processi di disseminazione e comunicazione fruibili dai diversi attori interessati e impegnati negli interventi per la salute.

Ha compiti di formazione e assistenza alla progettazione e valutazione di interventi per la salute.

Coopera attivamente al progetto per lo sviluppo di una rete informativa nazionale che includa strumenti di lavoro comuni finalizzati a reperire, catalogare, disseminare documentazione di qualità e a selezionare le buone pratiche.

1.4.5. Istituto Zooprofilattico Sperimentale e presidi specialistici per la medicina veterinaria pubblica

Istituto Zooprofilattico Sperimentale

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta è presente sul territorio attraverso sezioni periferiche distaccate in ognuno dei capoluoghi di provincia.

Assiste i Servizi attraverso attività analitica, supporto tecnico-scientifico, formazione e ricerca. Sono compiti istituzionali dell'Istituto:

- il servizio diagnostico delle malattie degli animali e delle zoonosi;
- gli accertamenti analitici necessari alle azioni di polizia veterinaria e all'attività di controllo sugli alimenti di origine animale e vegetale e sull'alimentazione animale;
- il supporto tecnico-scientifico e operativo all'attuazione dei piani di profilassi ed eradicazione delle malattie infettive, alla farmacovigilanza veterinaria;
- la formazione;
- la ricerca;
- la cooperazione tecnico-scientifica con istituti del settore veterinario nazionali ed esteri.

Unità di sicurezza alimentare del Centro Antidoping

Presso il Centro Antidoping opera un'unità di sicurezza alimentare, convenzionata con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale e a supporto delle attività regionali in tema di controlli analitici di lotta al doping zootecnico e alle sofisticazioni alimentari.

Presidi multizonali di profilassi e polizia veterinaria

Sono presenti in Piemonte quattro presidi multizonali di profilassi e polizia veterinaria (PMPV)¹² nei quadranti di Torino, Cuneo, Alessandria-Asti, Novara-Vercelli-VCO-Biella, con la finalità di supporto ai Servizi Veterinari anche in fase di emergenza, per gli allarmi alimentari.

¹¹ Istituito con DGR n. 90-23098 del 10/11/1997.

¹² Istituiti con DCR n. 600.12344 dell'8/10/1987.

1.4.6. Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente (ARPA)

L'ARPA è stata istituita nel 1995¹³ ed esercita attività di controllo, supporto, consulenza tecnico-scientifica e altre attività utili alla Regione, alle Province, ai Comuni singoli e associati, nonché alle Aziende Sanitarie del Piemonte per lo svolgimento dei compiti loro attribuiti dalla legge finalizzate alla tutela e al controllo ambientale, alla prevenzione e previsione dei rischi naturali.

Le azioni di tutela ambientale svolte dall'Agenzia si collocano a pieno titolo tra gli strumenti primari della prevenzione laddove si riconosca la rilevanza dello stato dell'ambiente come fondamentale determinante della salute. In particolare l'Agenzia è il soggetto che in modo indipendente sviluppa la conoscenza ambientale e fornisce periodicamente alle Amministrazioni gli elementi su cui fondare le politiche con risvolti ambientali. Esercita inoltre funzioni di controllo sulle attività produttive per la verifica di conformità alla normativa e alle prescrizioni autorizzative in materia ambientale.

Nello specifico, la legge istitutiva attribuisce ad ARPA le attività di monitoraggio, controllo e ricerca di base e applicata inerenti la prevenzione, riduzione o eliminazione dell'inquinamento acustico, dell'aria, dell'acqua e del suolo; la sorveglianza sulle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti; la prevenzione dei rischi naturali attraverso il controllo dei fattori geologici, meteorologici, idrologici e sismici; le condizioni generali di rischio; la tutela degli ecosistemi e il corretto uso delle risorse naturali; la promozione di indagini epidemiologiche ambientali.

Secondariamente ARPA, in aggiunta a quanto sopra richiamato, a favore dei Dipartimenti di Prevenzione garantisce le seguenti attività di supporto specialistico:

- supporto analitico e tecnico-scientifico per i controlli di acque destinate al consumo umano, alimenti e bevande, acque di piscina, cosmetici e altre matrici di interesse sanitario;
- attività di microbiologia speciale;
- valutazione dei rischi derivanti da esposizioni professionali ad agenti chimici, fisici e biologici mediante la valutazione della documentazione tecnica, l'effettuazione di monitoraggi ambientali per la determinazione dell'esposizione professionale, la ricerca e proposta di soluzioni tecnologiche per l'eliminazione o la riduzione del rischio e la bonifica di ambienti industriali e la valutazione dei sistemi di protezione collettivi e individuali;
- attività di epidemiologia ambientale, comportante la stima dei rischi ambientali per la salute mediante approcci epidemiologici e tossicologici integrati; sorveglianza epidemiologica e monitoraggio della popolazione in relazione a determinanti ambientali;
- attività di valutazione, previsione e prevenzione del rischio per la salute derivante dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti mediante attività di monitoraggio, sorveglianza, gestione delle informazioni e supporto tecnico agli enti.

Le linee guida approvate nel 2009 per la definizione dei rapporti tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e l'ARPA¹⁴ definiscono, in particolare:

- i livelli di interazione/integrazione tecnica necessari a potenziare l'efficacia di alcune attività utili a prevenire i danni di origine ambientale, nei principali ambiti di impatto ambiente/salute;
- la titolarità del procedimento amministrativo;
- i protocolli operativi integrati per i principali fattori di pressione ambientale e sanitaria.

¹³ Con la Legge regionale n. 60 del 13/4/1995 e smi.

¹⁴ DGR n. 17-11422 del 18/5/2009.

1.4.7. Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto

Per il potenziamento delle attività di prevenzione connesse alla contaminazione da amianto, la Giunta regionale ha istituito presso l'ASL di Alessandria, a Casale Monferrato, il Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto¹⁵, con funzioni sovrazionali per le attività di gestione ordinaria e straordinaria delle problematiche sanitarie amianto-correlate.

Sono principali obiettivi del Centro, come prevede la delibera istitutiva:

- salvaguardia e tutela della salute rispetto all'inquinamento da fibre di amianto;
- promozione della rimozione dei fattori di rischio indotti dall'amianto;
- sostegno alla ricerca e alla sperimentazione nel campo della prevenzione e della terapia delle malattie da amianto;
- promozione di attività di ricerca e sperimentazione di tecniche per la bonifica e il recupero dei siti contaminati;
- promozione di iniziative di educazione e informazione finalizzate a ridurre il rischio amianto;
- aggiornamento del Piano Regionale Amianto.

Gli obiettivi citati concorrono a soddisfare quanto previsto dal PSSR 2007-2010 che, per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, tra l'altro, prevede "la completa attuazione del Piano regionale amianto assicurando la continuità alla sorveglianza degli ex esposti, il completamento degli interventi di bonifica, l'avvio di interventi per la prevenzione del rischio da amianto naturale in collegamento e integrazione con il Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto".

Operano all'interno del Centro il Comitato strategico, quale organismo di rappresentanza delle istituzioni e delle parti sociali, che ha il compito di definire le strategie d'azione e indirizzare l'operatività del Centro, e il Comitato tecnico-scientifico, composto da membri portatori di competenze sia mediche (Università, ASL, CPO) sia ambientali (ARPA, Direzione Ambiente della Regione Piemonte), che svolge una funzione progettuale e organizzativa in merito alle priorità di intervento definite dal Comitato strategico.

1.4.8. Altre strutture di supporto alla programmazione regionale

In aggiunta alle strutture di riferimento e supporto sopra enunciate, la Regione Piemonte si avvale di gruppi di lavoro o di progetto per comporre i documenti di programmazione, coordinare specifiche attività settoriali e risolvere problemi contingenti. Si citano a titolo di esempio il "Coordinamento tecnico regionale delle autorità competenti all'assunzione dei provvedimenti a tutela della salute pubblica e dell'ambiente e Gruppo di progetto integrato", il "Nucleo operativo regionale di vigilanza veterinaria (NORV)", la "Rete dei Servizi di Medicina del lavoro", il "Comitato regionale di coordinamento e Ufficio operativo", il Centro di riferimento regionale per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti, ecc. Il consistente numero di questi gruppi, pur preziosi per il contributo operativo che forniscono alla Regione, rende evidente il livello di frammentazione della progettualità centrale e la conseguente necessità di una azione forte di coordinamento e di governo da parte del Coordinamento Regionale della Prevenzione.

¹⁵ DGR n. 80-6707 del 3/08/2007.

2. Organizzazione locale

Per favorire l'integrazione e il governo unitario della prevenzione consentendo l'adozione di un metodo basato sull'analisi dei problemi di salute, la scelta delle priorità, l'identificazione e attivazione di interventi efficaci, la valutazione dell'impatto degli interventi, la ri-definizione degli obiettivi, il PSSR prevede, al capo 3, punto 3.10.1, la costituzione di una Direzione unica per la prevenzione.

Coerentemente alle indicazioni di piano, la Giunta regionale ha approvato gli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica per il triennio 2008-2010¹⁶, individuando come obiettivo l'attuazione di forme di coordinamento delle attività di prevenzione propedeutiche alla definizione della Direzione Integrata della Prevenzione (DIP) e l'avvio della sperimentazione funzionale della Direzione Integrata della Prevenzione in aree sovrazonali, secondo le indicazioni formulate dalla direzione Sanità.

Sono inoltre state approvate le linee di indirizzo per la nuova Direzione Integrata della prevenzione¹⁷, che hanno definito il percorso operativo e l'ipotesi organizzativa per l'avvio della fase sperimentale della Direzione Integrata della Prevenzione individuandone gli obiettivi di salute e di integrazione.

La fase sperimentale (conclusasi a fine 2009) è stata un momento propedeutico all'avvio della DIP a regime in ogni ASL. La definizione di una struttura organizzativa quale la DIP è inoltre coerente con le indicazioni del Piano nazionale che richiede alle Direzioni regionali di individuare modalità di coordinamento e di integrazione, ruoli e responsabilità sia interne al SSR sia nei confronti delle Direzioni ministeriali e del CCM.

2.1. Direzione Integrata della Prevenzione

La Direzione Integrata della Prevenzione ha lo scopo di integrare, coordinare e armonizzare tra loro le numerose attività, assicurare le funzioni di "governo" unico della prevenzione, favorire l'incontro e l'integrazione dei soggetti interessati, superare gradualmente le barriere tutt'ora esistenti fra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi.

Lavora in collaborazione con tutte le strutture sanitarie e non sanitarie dell'ASL di riferimento avvalendosi anche delle funzioni consultive e propositive proprie dei componenti locali dell'Assemblea dei servizi di prevenzione. Le attività principali sono:

- individuare obiettivi, competenze e risorse, secondo criteri di appropriatezza, riconducendo problemi e rischi a gerarchie di valori e priorità;
- garantire l'integrazione delle attività e competenze disciplinari, assicurando aggregazioni progettuali unitarie, evidenza di risultato, migliori relazioni con l'utenza;
- favorire l'adozione di procedimenti e metodi comuni, supportati da evidenze, allineati agli standard internazionali, recuperando efficacia ed efficienza;
- garantire la gestione integrata delle emergenze per rischi ambientali, chimico-fisici e infettivi attinenti alle materie mediche e veterinarie della prevenzione;
- sviluppare le attività di rete e di integrazione intra-ASL e tra le ASL;
- potenziare le attività di osservazione epidemiologica, di promozione della salute e assistenza alla costruzione dei Profili e Piani di Salute (PEPS), migliorando la comunicazione con la popolazione e gli enti e le organizzazioni che la rappresentano;

Integrare, coordinare e armonizzare le numerose attività di prevenzione assicurandone il governo unico

¹⁶ Con DGR n. 1-8611 del 16/04/2008.

¹⁷ DGR n. 10-10267 del 16/12/2008.

- promuovere il coordinamento con amministrazioni diverse da quella sanitaria per l'adozione di progetti comuni nel quadro delle politiche per la salute;
- promuovere il coordinamento Regione-ASL, sostenendo i progetti e contribuendo alle iniziative della programmazione centrale. A questo scopo i Direttori della Prevenzione sono parte del Coordinamento Regionale della Prevenzione.

Le funzioni di Epidemiologia e Promozione della Salute, comunque strutturate, sono da collocarsi in staff alla Direzione Integrata della Prevenzione.

2.1.1. Referenti per la Promozione della Salute ed Educazione sanitaria (RePES)

Nelle ASL piemontesi il sistema della Promozione ed Educazione alla salute (PEaS) è inteso come funzione trasversale che coinvolge tutti i Servizi sanitari, è affidato al Responsabile Promozione ed Educazione Sanitaria (RePES) e declina operativamente le strategie per favorire nella comunità processi di intersectorialità, di corresponsabilità e di partecipazione nell'ottica di più salute meno sanità.

Il RePES, supportato da un gruppo di lavoro integrato, da gruppi di progetto e da personale dedicato, garantisce la formazione professionale degli operatori e la realizzazione di progetti educativi orientati a esempi di buone pratiche e a evidenze di efficacia; facilita e sostiene processi di integrazione tra competenze e servizi e aziendali; sostiene alleanze e costruisce reti con altri attori del territorio; facilita e sostiene amministratori locali, enti locali e rappresentanze sociali nella programmazione partecipata della salute (PePS); valorizza il sistema informativo e la comunicazione efficace.

Per svolgere nel migliore dei modi questo compito, la rete dei RePES aziendali è supportata sul piano tecnico, metodologico e scientifico dal DoRS. In particolare il DoRS attraverso la Banca dati ProSa consente alle ASL una costante ricognizione dei propri progetti e interventi svolti, promuovendone così la diffusione, lo scambio e la visibilità.

Infine, per sostenere la realizzazione di progetti qualificati, che non fruiscono di particolari linee di finanziamento e che sono proposti da istituzioni ed enti sanitari e non sanitari, la Regione mette a loro disposizione lo "Sportello permanente della PEaS"¹⁸, finalizzato alla presentazione, alla selezione e al successivo finanziamento.

2.1.2. Epidemiologia locale

Gli operatori delle strutture di epidemiologia locale, previste in ogni ASL¹⁹, utilizzano metodo e dati epidemiologici al fine di assistere le attività di pianificazione e di valutazione a livello aziendale, anche per contribuire alla costruzione del profilo di salute della comunità. Gli operatori locali di epidemiologia, per lo più, sono anche coordinatori aziendali della sorveglianza PASSI.

Gli operatori locali diffondono il metodo epidemiologico promuovendone l'utilizzo da parte di operatori di altre strutture aziendali, sia per garantire aspetti relativi alla qualità dei flussi informativi, sia per incrementare le capacità di analisi, lettura e interpretazione dei dati al fine di assumere decisioni coerenti. Azioni di assistenza epidemiologica di carattere generale sono svolte anche a supporto degli enti locali impegnati nella redazione dei PePS.

Le strutture locali di epidemiologia lavorano all'interno delle Direzioni Integrate della Prevenzione e, ove previsti, nei Servizi sovrazonali di Epidemiologia.

¹⁸ DGR n. 18-11508 del 3/6/2009.

¹⁹ DGR n. 37-25948 del 16/11/1998.

I Servizi sovrazionali di Epidemiologia e le altre strutture della rete dei Servizi di Epidemiologia svolgono azioni di supporto allo svolgimento delle funzioni locali attraverso l'elaborazione di indicatori epidemiologici validati e confrontabili per ambiti territoriali differenti, la loro diffusione su supporti cartacei, magnetici e/o elettronici e attraverso attività di formazione teorico-pratica per gli operatori delle ASL. Il SSEPI di Novara, in particolare, ha il compito di promuovere lo sviluppo di questa funzione che attualmente viene espletata a partire da situazioni organizzative e di disponibilità di risorse molto disomogenee tra le ASL. È necessario pertanto l'avvio di un lavoro di revisione che consenta una maggiore uniformità, basata su livelli condivisi quali-quantitativi di attività a partire da risorse minime garantite; questo lavoro e la conseguente programmazione delle attività devono prevedere luoghi e momenti di confronto tra gli operatori delle strutture epidemiologie locali e sovrazionali e la programmazione condivisa di attività epidemiologiche deve costituire ulteriore strumento per garantire la coerenza tra le azioni locali e quelle strategiche regionali.

2.2. Dipartimento di Prevenzione

Nel quadro delle azioni di riorientamento e valorizzazione della prevenzione, l'assetto dei servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione necessita di essere rivisto in termini funzionali e relazionali nuovi. Secondo quanto prevede il quadro normativo nazionale, il Dipartimento di Prevenzione ha mantenuto la struttura di base richiesta dal DLgs 502/1992: tre servizi medici (SISP, SIAN, SPreSAL) e tre aree veterinarie (Sanità animale, Igiene degli alimenti di origine animale, Igiene zootecnica). In aderenza allo stesso decreto, il PSSR ha ricollocato le funzioni di medicina dello sport nel Dipartimento di Prevenzione. In singole realtà, poi, sono state inserite altre strutture strategiche con compiti di programmazione e coordinamento metodologico a supporto di tutte le strutture aziendali di prevenzione. Senza configurarsi come l'unico luogo in cui si esercita l'azione preventiva, il Dipartimento continua quindi a costituire un complesso funzionale sistemico, né esclusivo, né autarchico, di azioni e interventi professionali capaci di garantire, col supporto di appropriate integrazioni funzionali, una vera ed efficace prevenzione, accanto a una pertinente promozione della salute.

La necessità di riorientamento funzionale del Dipartimento di Prevenzione fortemente evidenziata nel PSSR – a partire da criteri di trasversalità delle azioni, integrazione di funzioni a valenza dipartimentale e promozione di pratiche EBP – non può prescindere dalla considerazione che gli attuali assetti organizzativi non possono essere modificati per quanto deriva dal quadro normativo nazionale. Tuttavia è fondamentale, anche a seguito della ridefinizione degli ambiti territoriali delle ASR e in relazione all'applicazione degli atti aziendali, guidare la riorganizzazione su base funzionale individuando responsabilità che aggregino funzioni rilevanti, a cui far corrispondere adeguata autonomia organizzativa e competenze professionali qualificate e chiaramente individuate. Questa organizzazione per funzioni consentirà anche di superare, soprattutto per le funzioni di direzione di struttura, la logica distrettuale e geografica, che non permetterebbe concretamente di razionalizzare l'impiego delle risorse e recuperare efficienza.

2.3. Dipartimento di Screening

L'organizzazione dei programmi di screening in termini di competenze istituzionali è stata ridefinita nel 2006²⁰ con un provvedimento che ha stabilito la creazione dei Dipartimenti interaziendali di Prevenzione secondaria dei tumori al cui Direttore è

²⁰ DGR n. 111-3632 del 2/8/2006.

assegnato, in primis, il mandato della realizzazione dello screening alla popolazione residente nelle ASL che afferiscono al Dipartimento.

Il Dipartimento è composto da:

- Unità di organizzazione e valutazione dello screening (UVOS), con compiti di programmazione e organizzazione degli inviti e monitoraggio delle performance del programma;
- strutture organizzative delle Aziende Sanitarie che concorrono alla realizzazione dei programmi di screening;
- comitato tecnico-scientifico dello screening, strumento tecnico del Direttore del Dipartimento composto dai responsabili delle strutture organizzative afferenti al Dipartimento, responsabile delle decisioni circa la conduzione tecnica-operativa e sanitaria del programma di screening.

Il Comitato di coordinamento regionale per lo Screening in Oncologia è l'organo che riunisce i Direttori dei Dipartimenti, con il compito di coordinare l'organizzazione dei programmi di screening piemontesi.

Sono inoltre istituiti, in forma sperimentale, i Centri di riferimento regionale per la diagnostica di screening per le neoplasie della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, con funzioni di formazione e controllo di qualità.

2.4. Dipartimento Materno-infantile

Obiettivo degli interventi è di mettere in grado i bambini e gli adolescenti di realizzare pienamente il proprio potenziale di salute e di sviluppo e di ridurre il peso di malattie evitabili e mortalità, nella consapevolezza che rischi e opportunità sono presenti in tutti gli stadi di sviluppo dal concepimento all'adolescenza. Le modalità operative fanno riferimento a quattro principi guida OMS: *approccio di corso della vita* che riconosce come ogni fase dello sviluppo dell'individuo contribuisca a porre le basi per la salute e i comportamenti propri di quella fase ma anche delle fasi successive; *equità* intesa come opportunità per il bambino di crescere in un contesto familiare e in un ambiente sociale e fisico che offrano equità di accesso alla salute; *azione intersettoriale* con i settori dell'educazione, welfare, finanza, ambiente, media, trasporti, ecc.; *partecipazione* che sottolinea come il pubblico e i giovani stessi devono essere coinvolti nella pianificazione, nell'erogazione e nel monitoraggio di politiche e servizi.

Gli interventi appropriati eseguiti sulle donne in età fertile e sui minori di per sé contengono una valenza preventiva nei confronti della salute nell'età adulta, caratteristica che non permette una separazione netta tra interventi preventivi e interventi di cura in questa area.

Nell'area materno-infantile (MI) la Regione ha investito in promozione della salute e prevenzione sulla base delle evidenze scientifiche su: promozione dell'allattamento al seno, assunzione preconcezionale di acido folico, "Nati per leggere", prevenzione della SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*, sindrome della morte improvvisa del lattante), trasporto sicuro, vaccinazioni raccomandate. È stato definito un percorso nascita che garantisca a ogni donna gli esami in gravidanza per la prevenzione delle malattie neonatali e un percorso crescita che, dopo gli screening neonatali, è ritmato dai bilanci di salute del bambino per rafforzare gli stili di vita appropriati e intercettare precocemente i segnali di allarme di deviazione dal percorso di salute. La strategia utilizzata è quella di veicolare le informazioni ad ogni famiglia attraverso due documenti, l'Agenda di gravidanza e l'Agenda di salute dalla nascita all'adolescenza, che uniscono promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura lungo la gravidanza e l'età pediatrica.

Il periodo della gravidanza e della nascita del figlio sono riconosciuti come importanti *teachable moments*, cioè momenti di particolare sensibilità e disponibilità ad adottare stili di vita sani.

Al termine dell'età pediatrica di competenza dell'area MI, cioè nell'adolescenza e nel passaggio all'età adulta, vengono sviluppati programmi di promozione alla salute attraverso interventi concertati con la scuola o nei Consultori, mirati alla salute sessuale, alla prevenzione dei comportamenti legati all'uso di sostanze, alcol, tabacco, alla dieta, agli infortuni e viene stimolato il ruolo attivo dei giovani nei confronti della solidarietà nell'ambito della problematiche di salute/malattia con azioni di promozione della donazione di sangue e midollo.

La rilettura dell'area MI proposta dal PSSR in termini di percorsi (nascita, crescita, cronicità, adolescenza) include in ognuno di detti percorsi quanto può essere fatto individualmente e collettivamente per promuovere lo stato di salute, per prevenire la non salute, per curare la patologia e prevenire gli esiti e i disagi legati alla stessa.

A livello locale il Dipartimento Materno-infantile (DMI), transmurale, è l'organizzazione di riferimento per la realizzazione dei "percorsi assistenziali" cui è richiesto di contestualizzare i percorsi alla situazione epidemiologica nonché alle risorse sanitarie ed extra-sanitarie disponibili localmente.

La necessità di coordinamento tra il DMI e i Servizi di prevenzione è stata sottolineata fin dall'istituzione dei DMI in Regione Piemonte. La collaborazione può essere formalizzata con una partecipazione degli operatori della Direzione Integrata della Prevenzione al Gruppo di coordinamento del DMI garantendo un'integrazione efficace tra le azioni, i progetti, le iniziative.

È fondamentale inoltre che il DMI in sinergia con la Direzione Integrata della Prevenzione coordini gli interventi di formazione rivolti a tutti i Servizi che entrano in contatto con genitori e bambini per un'azione sinergica coerente con gli obiettivi di salute stabiliti a livello locale e/o regionale. L'esperienza condotta in Regione, in seno alla campagna nazionale denominata "Genitori Più", in quest'ottica ha messo in evidenza la necessità di azioni coordinate tra Servizi per un utilizzo razionale delle risorse e per la creazione di un substrato culturale omogeneo con maggiori potenzialità di impatto sull'intera società civile.

2.5. Dipartimento di Salute Mentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Unione Europea riconoscono che "Non c'è salute senza salute mentale". La salute mentale è una componente centrale del capitale umano, sociale ed economico delle Nazioni e deve essere considerata quale parte essenziale delle politiche della salute.

La promozione della salute mentale si riferisce all'aumento delle capacità degli individui, di famiglie e di gruppi di rinforzare la competenza emotiva, la capacità di *coping* e di raggiungere il benessere psichico. Le componenti della salute mentale includono non solo i fattori correlati all'individuo (quali le competenze emotive, i comportamenti e gli stili di vita) ma anche fattori sociali e ambientali: esempi ne sono l'occupazione, il reddito, la casa, lo status sociale, la scuola e l'accesso ai servizi sanitari.

Ne deriva che la prevenzione delle malattie mentali non significa solo agire su fattori di rischio specifici e sui sintomi precoci di malattia, ma deve prevedere azioni che migliorino *in toto* la qualità della vita delle persone. L'azione combinata di programmi di prevenzione e promozione della salute mentale e la loro integrazione nelle strategie di salute pubblica producono effetti molteplici. I più importanti tra questi

sono l'abbassamento dell'incidenza delle malattie mentali e una riduzione dello stigma, con ricaduta globale su individuo e società.

Gli obiettivi prioritari delle strategie di promozione sono rappresentati dagli effetti che è possibile ottenere sui rapporti tra salute mentale e malattia. Per salute mentale si intende solitamente una definizione negativa, quale l'assenza di sintomi clinici: nella prospettiva della promozione della salute si deve includere invece un senso positivo di salute mentale quale elemento fondante per il benessere psichico e anche fisico, per il funzionamento dell'individuo nella comunità. L'efficacia delle strategie di prevenzione è funzione della riduzione dei fattori di rischio e delle scelte di tempi (ad esempio, anticipare l'esordio della malattia) in popolazioni identificate come a rischio. Azioni che agiscono sugli aspetti positivi della salute mentale, migliorando le interazioni tra individuo e società attraverso meccanismi di sostegno e protezione, operano al confine tra prevenzione e promozione della salute mentale. Quindi azioni di promozione possono sortire contestualmente un effetto preventivo, diminuendo l'incidenza di malattie mentali.

I vantaggi nella scelta di un approccio integrato tra promozione/prevenzione in salute mentale e le attività di promozione della salute in generale sono numerosi. Confluendo nella promozione della salute, le attività di prevenzione/promozione della salute mentale possono generare alleanze intersettoriali in grado di favorire la mobilitazione delle risorse collettive necessarie a influenzare le politiche pubbliche e gli investimenti sulla salute. In questa prospettiva vanno incluse le attività di promozione della salute mentale che traggono la loro origine dallo sviluppo di strategie di partecipazione, attraverso il coinvolgimento degli utenti dei servizi nella valutazione dei bisogni. L'attesa è che i risultati di queste esperienze possano generare strategie di ricerca applicata in linea con i principi della promozione della salute.

Al fine di realizzare efficacemente la prevenzione/promozione della salute mentale in integrazione con le attività di promozione della salute è necessario prevedere un confronto preliminare tra i Dipartimenti di Salute Mentale e la DIP per valutare strategie e risorse. A questo potrebbe seguire la programmazione di progetti condivisi da realizzare in modo trasversale tra i due settori. Per il successivo consolidamento delle attività vanno valutate forme di interazione tra il Dipartimenti di Salute Mentale e la DIP che prevedano una formalizzazione delle attività programmate individuando referenti stabili nei due settori in modo da garantire la messa in comune delle risorse necessarie alla realizzazione dei programmi.

2.6. Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

Il PSSR 2007-2010 ha previsto che in ogni ASL le attività per la patologia delle dipendenze sia configurata in forma dipartimentale, con un saldo legame all'ambito distrettuale ove si attua l'integrazione socio-sanitaria; si dovranno integrare tutte le realtà pubbliche e private di settore del territorio di riferimento, con un comitato partecipato pubblico-privato, coinvolto nei processi decisionali, e con una forma di partecipazione dell'utenza.

Nel 2006 l'organizzazione delle attività di contrasto delle dipendenze viene individuata attraverso l'istituzione del Dipartimento funzionale delle Dipendenze (DPD)²¹. Attività peculiare del Dipartimento risiede nello sviluppo del Piano locale delle dipendenze, che dovrà contenere la previsione delle strategie di fronteggiamento dei principali fenomeni attraverso gli interventi individuati. La progettazione a livello locale viene gestita e governata dall'ASL, attraverso il Dipartimento delle Dipendenze, tenuto conto delle

²¹ DGR n. 28-5020 del 28/12/2006.

istanze provenienti dai soggetti aventi titolo a partecipare al Piano locale delle dipendenze, ai sensi della normativa²² e dei contenuti dei Piani di Zona.

Le disposizioni regionali approvate nel 2008²³ stabiliscono che il DPD, Dipartimento funzionale²⁴, ha per finalità la programmazione, il coordinamento e la verifica, sotto il profilo quali/quantitativo, delle attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze e garantisce il complesso delle attività in materia di assistenza ai soggetti affetti da patologia da dipendenza e alle loro famiglie, con produzione diretta e in integrazione con i Servizi del privato sociale accreditato.

Le funzioni specialistiche proprie ed esclusive del Dipartimento sono quelle di diagnosi e cura del comportamento additivo. Per queste funzioni il Dipartimento si avvale di:

- strutture di pronta accoglienza;
- strutture ambulatoriali;
- strutture di ricovero;
- strutture “intermedie” diurne o residenziali.

Il SSR garantisce alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti, ritenute necessarie e appropriate.

Ogni Dipartimento, a regime, dovrà perciò garantire le attività essenziali per eroinomani, cocainomani e poliassuntori; per alcolisti e abusatori di alcol; per i tabagisti; per i giocatori d'azzardo patologici (GAP); per i nuovi comportamenti additivi.

2.7. La salute in carcere

Con DPCM 1/4/2008 è stata data evidenza al problema della salute in carcere anche relativamente agli aspetti preventivi.

I principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti attraverso l'azione coordinata di tutti i soggetti che concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena sono:

- promozione della salute;
- promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari;
- promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni;
- riduzione dei suicidi e tentativi di suicidio.

Per attivare azioni coerenti con gli indirizzi nazionali e per rendere esigibile il diritto alla tutela della salute di tali pazienti, la Regione Piemonte ha emanato un provvedimento²⁵ che individua il modello organizzativo sperimentale e istituisce un Dipartimento interaziendale denominato “Dipartimento Regionale per la Tutela della Salute in Carcere”, con il compito di coordinare le funzioni sanitarie esplicate dalle ASL sedi di carcere.

Il modello organizzativo prevede inoltre la costituzione di due strutture operative complesse, una presso l'ASL TO2 di Torino, denominata “Presidio Sanitario per la

²² Art. 2, comma 3, Legge 45/1999.

²³ Con la DGR n. 48-9094 del 1/07/2008.

²⁴ Ai sensi di quanto stabilito nell'Allegato B alla DGR n. 59-6349 del 5/07/2007.

²⁵ DGR n. 14-9681 del 30/09/2008.

Tutela della Salute Lorusso e Cotugno”, e l'altra presso l'ASL AL di Alessandria denominata “Tutela della Salute in Carcere”.

È inoltre costituito, come unità organizzativa aziendale, un Servizio aziendale per la Tutela della Salute in Carcere, collocato nell'ambito dei distretti delle ASR sedi di istituti penitenziari; sono coinvolti anche altri Servizi: i Dipartimenti di Prevenzione per i controlli igienico-sanitari e di sicurezza alimentare e le strutture di diagnosi e cura, a livello sia ospedaliero sia territoriale.

Le modalità organizzative e di integrazione delle funzioni a livello aziendale e interaziendale sono definite in modo specifico nel provvedimento regionale.

Per perseguire gli obiettivi di salute sopra elencati occorre:

- disporre di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti;
- individuare le condizioni e i fattori di rischio specifici;
- attivare programmi di formazione continua sia nei confronti dei detenuti, con particolare riguardo ai minorenni, sia nei confronti del personale;
- promuovere azioni di integrazione e di progettazione comune tra il personale dell'amministrazione penitenziaria e il personale delle aziende sanitarie.

2.8. Altri attori della prevenzione

La natura multifattoriale e multidimensionale della salute richiede un'azione integrata e coordinata tra gli operatori della prevenzione e gli operatori di diagnosi e cura.

Non si tratta in questo paragrafo di enunciare ed elencare dettagliatamente le attività di diagnosi-cura e riabilitazione con potenzialità di interventi di prevenzione, ma di riconoscere la necessità di governare e coordinare le azioni preventive svolte da tutte le articolazioni organizzative dell'azienda e apportare una visione di sanità pubblica all'interno di tutti i processi di prevenzione e assistenziali.

Visione di sanità pubblica concretamente declinabile in interventi di supporto alla prevenzione nella pratica clinica attraverso:

- supporto alle Direzioni aziendali, di presidio, di distretto, nella valutazione di priorità, nella valutazione preventiva sull'impatto delle diverse scelte sanitarie, nella valutazione sull'efficacia delle azioni compiute;
- ricerca di forme di collaborazione sistematica con servizi specialisti clinici su specifici progetti (ad esempio prevenzione dell'obesità, prevenzione del disagio mentale), sul controllo delle malattie infettive (ad esempio prevenzione infezioni ospedaliere, infezioni sessualmente trasmesse) e per fronteggiare le emergenze;
- sostegno al processo di potenziamento del sistema di cure primarie e ricerca di modalità per incentivare e indirizzare correttamente il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta nel consigliare e sostenere corretti stili di vita nei loro pazienti.

STRUMENTI E METODI

La prevenzione, per i propri interventi, si avvale frequentemente di strumenti e metodi propri, che spesso differiscono da quelli utilizzati in ambito clinico, sia per le caratteristiche delle prestazioni, sia per gli strumenti di misura, sia per i modelli organizzativi.

La **prevenzione basata sulle prove di efficacia (EBP)** è il paradigma di riferimento per la programmazione degli interventi preventivi nella regione; questi devono essere orientati in base a criteri di priorità, motivati in funzione dell'efficacia e valutati sulla base di risultati misurabili. Occorre dare grande rilievo alla valutazione dei risultati ottenuti piuttosto che alla sola valutazione di processo.

La costante interazione tra i professionisti delle strutture regionali e delle strutture locali garantisce la raccolta, l'aggiornamento e la disseminazione della documentazione scientifica e delle "buone pratiche" necessarie per attività di prevenzione *evidence based*.

L'epidemiologia contribuisce con le proprie competenze al consolidamento dell'EBP e facilita il monitoraggio e la valutazione dei programmi e delle attività preventive valorizzando i sistemi informativi, diffondendo i dati disponibili, promuovendo il **metodo epidemiologico** ai diversi livelli del sistema quale strumento per l'analisi dei bisogni e la valutazione dei risultati.

Le tradizionali attività di **vigilanza e controllo** saranno riorientate in modo da renderle più efficaci, più efficienti e da potenziarne l'utilità sociale. Questo è possibile se tali attività vengono progressivamente svuotate degli elementi negativi di ritualità che le indeboliscono e reimpostate secondo criteri che tengano conto della inderogabile necessità di differenziare gli ambiti di intervento in base al rischio, selezionare pratiche di vigilanza efficaci da sviluppare e di passare da un approccio per singoli atti fini a se stessi a una visione di sistema.

Gli interventi di prevenzione e rimozione dei rischi per la salute vanno affiancati a interventi di **promozione della salute**, che rappresentano un fondamento dell'azione di sanità pubblica. Le competenze sui metodi della promozione della salute devono consolidarsi come dimensione culturale all'interno delle ASL, che devono maturare un ruolo di facilitazione sulle politiche che hanno impatto sulla salute.

Porre la salute al centro di tutte le politiche presuppone mettere a disposizione e far utilizzare sistematicamente, in tutti i livelli decisionali e a ogni livello territoriale di governo, gli **strumenti appropriati per valutare l'impatto** che le decisioni adottate, o che si vogliono adottare, hanno sulla salute dei cittadini. Questi strumenti sono la valutazione di impatto ambientale (VIA), la valutazione ambientale strategica (VAS), la valutazione di impatto sulla salute (VIS) e il *risk assessment*, che consentono di valutare, soprattutto in termini preventivi, la ricaduta sulla salute delle varie opzioni possibili di un certo intervento, orientando la scelta verso quelle con un impatto più favorevole.

Il processo di **costruzione sociale dei Profili e Piani per la Salute (PePS)** rappresenta un momento privilegiato di applicazione degli strumenti e dei metodi del piano di prevenzione; è in questa sede che è possibile dare forma alla volontà di comprendere e capitalizzare il potenziale di salute connesso alle politiche non sanitarie nonché alla volontà di coinvolgere la comunità tutta nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie per raggiungere il miglior livello di salute. L'attivazione dei PePS, infatti, prende l'avvio dall'analisi dei bisogni di salute locali, individua le strategie di intervento sulla base delle migliori prove di efficacia disponibili, attiva le risorse locali professionali e non professionali e misura i risultati ottenuti.

La prevenzione deve trovare le occasioni "opportune" per sollecitare l'attenzione ai PePS e promuovere messaggi coerenti e univoci nella direzione della salute e nel contrasto dell'iniquità, suo primo determinante.

Il processo di costruzione delle competenze necessarie alla realizzazione degli obiettivi del Piano deve essere accompagnato da **investimenti formativi** sia "di base", rivolti a tutte le professioni sanitarie, sia di aggiornamento professionale continuo per tutti i profili professionali.

Per supportare le decisioni dei professionisti in un contesto di incremento costante della letteratura biomedica e di complessità degli strumenti di valutazione e selezione delle prove scientifiche è necessario garantire lo sviluppo di una solida funzione di **documentazione scientifica** che informi gli operatori della prevenzione sulle evidenze prodotte e assista la progettazione, la realizzazione e la valutazione degli interventi per la salute.

Le conoscenze e competenze sui temi della prevenzione devono essere sostenute da un'efficace azione di **comunicazione pubblica** rivolta alla popolazione, ai suoi rappresentanti e ai cittadini utenti del servizio sanitario.

I risultati provenienti dalla **ricerca scientifica indipendente** e la sperimentazione e lo sviluppo di modelli organizzativi efficienti contribuiscono a informare le scelte di programmazione dell'amministrazione e degli operatori. Inoltre, la partecipazione diffusa ad attività di ricerca contribuisce ad accrescere le competenze professionali degli operatori. Per queste ragioni, la Regione Piemonte continuerà a supportare e promuovere attività di ricerca e sviluppo nel campo della prevenzione all'interno delle istituzioni pubbliche.

Il quadro di riferimento normativo è stato compiutamente definito con l'adozione di due importanti provvedimenti di programmazione sanitaria, la Legge regionale n. 18/2007, che ha ridefinito gli strumenti della programmazione sanitaria, e la DGR n. 137-40212 del 24/10/2007, che ha approvato il PSSR 2007-2010.

La legge definisce gli strumenti della programmazione socio-sanitaria regionale e individua i soggetti coinvolti nella pianificazione, programmazione e gestione delle funzioni socio-sanitarie.

La declinazione dei criteri generali della programmazione costituisce un riferimento a forte valenza etica e culturale e principio fondamentale ispiratore per delineare esplicitamente le linee politiche, organizzative e amministrative di prevenzione e promozione della salute della collettività piemontese. Si evidenziano i punti più direttamente collegati con le finalità specifiche del presente documento. In particolare:

- la tutela e promozione della salute come bene comune, diritto inalienabile di tutti i cittadini, a prescindere dalle condizioni sociali individuali, e interesse della collettività, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione;
- il primato della prevenzione e il ruolo strategico delle attività di promozione della salute;
- l'orientamento alla solidarietà, alla sobrietà, alla dignità, alla umanizzazione e alla sussidiarietà nell'organizzazione e nel funzionamento dei servizi socio-sanitari;
- la partecipazione degli enti locali, dei cittadini e degli operatori pubblici e privati del servizio socio-sanitario regionale, attraverso le loro rappresentanze, alla definizione delle linee programmatiche;
- l'omogeneità e uniformità delle prestazioni da assicurare ai cittadini, attraverso livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale che siano garanzia di giustizia ed equità.

Lo strumento principale della programmazione socio-sanitaria a livello regionale è il piano socio-sanitario regionale (PSSR) con i relativi strumenti di attuazione.

La Giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo tecnico-amministrativo e di coordinamento delle attività delle aziende sanitarie, che sono costituite in azienda, con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

A livello locale sono strumenti della programmazione sanitaria:

- i Profili e Piani per la Salute (PePS);
- i piani attuativi locali definiti in base alle risultanze dei PePS e secondo gli indirizzi della Conferenza dei Sindaci;
- i piani di zona, che rappresentano uno strumento di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e, anche attraverso l'integrazione socio-sanitaria, perseguono l'obiettivo del benessere della persona, del miglioramento continuo della qualità dei servizi nonché della promozione sociale.

Questo capitolo, a partire dal quadro di riferimento generale previsto dal PSSR e dalla legge regionale di programmazione, introduce e analizza strumenti e metodi specifici e propri degli interventi di prevenzione; questi differiscono profondamente dagli atti sanitari dell'ambito clinico sia per la natura e le caratteristiche delle prestazioni, sia per gli strumenti di misura, le modalità di realizzazione e i modelli organizzativi.

Il presente capitolo precede quello dedicato alle aree di intervento ritenute prioritarie in un Piano Regionale di Prevenzione e costituisce il riferimento metodologico di base per affrontare la programmazione specifica. Tutti gli strumenti di seguito presi in esame sono stati negli anni oggetto di intenso dibattito tra i Servizi e con la Direzione Sanità della Regione e in molti casi hanno indirizzato la programmazione e le attività. In particolare si evidenzia che il progetto "Prevenzione efficace" è stato motore per

provvedimenti di abolizione o sospensione di pratiche inutili, ma pesantemente condizionanti l'attività dei Servizi:

- rilascio e rinnovo del libretto sanitario per alimentaristi;
- alcune norme di polizia mortuaria previste dal DPR 285/90: le certificazioni di conformità del feretro agli art. 18, 25 e 30, le attività di verifica di carri funebri e rimesse di cui agli articoli 20 e 21, le attività di assistenza alle esumazioni ed estumulazioni di cui agli articoli 83, 84, 86 e 88, il rilascio di pareri per la costruzione di edicole funerarie e sepolcri privati di cui agli artt. 55 (limitatamente alla costruzione di edicole funerarie all'interno di cimiteri esistenti), 94 e 101;
- la partecipazione alle Commissioni Comunali per barbieri, parrucchieri ed estetisti;
- il rilascio e rinnovo del libretto sanitario per barbieri, parrucchieri ed estetisti;
- gli accertamenti sierologici per la lue.

Parlare di governo delle conoscenze ha significato prevedere un percorso di formazione di base per l'utilizzo del metodo epidemiologico applicato a tutte le attività e l'inserimento del monitoraggio e della valutazione dei risultati come prassi da consolidare.

La promozione della salute è stata negli anni sempre più delineata come una funzione organizzata all'interno delle ASL e non attività estemporanea, marginale e poco riconosciuta.

L'investimento in progetti di ricerca e attività d'innovazione ha stimolato e consentito ai servizi di prevenzione, normalmente non inseriti nei circuiti della ricerca, di produrre conoscenze, sperimentazioni di buone pratiche, valutazioni di performance e di efficacia delle attività.

Infine, i PePS costituiscono l'elemento di sintesi della capacità dei soggetti politici, dei cittadini e della comunità scientifica di produrre conoscenze e competenze per riorientare criticamente la programmazione territoriale verso bisogni e obiettivi di salute prioritari.

1. Prevenzione basata su criteri di efficacia e priorità

Nell'ambito dei trattamenti di diagnosi e cura la metodologia dell'*evidence based medicine* è diventata un diffuso e consolidato strumento di clinical governance.

In sanità pubblica il processo analogo (*evidence based prevention* o *evidence based public health*) trova maggior difficoltà, per ragioni oggettive (lunga latenza tra intervento di carattere preventivo e suoi effetti, impossibilità ad avviare *trials* clinici randomizzati...) o luoghi comuni duri a morire ("prevenire è meglio che curare", ecc.).

A partire dal 2000 la Regione Piemonte ha avviato il progetto "Prevenzione efficace", con l'obiettivo di ricercare prove di efficacia riguardanti le attività di prevenzione, esercitate o meno dai Servizi, promuovere la progressiva eliminazione delle pratiche inutili, incoraggiare l'adozione di pratiche efficaci non in uso, stimolare una riflessione sulle priorità della prevenzione. Il progetto si è onorevolmente inserito nel dibattito nazionale e ha portato ad alcuni risultati (abbandono di una serie di attività inutili, implementazione di nuove attività, formazione). Ora si tratta di portare il metodo dell'efficacia nella pratica quotidiana.

Obiettivi

La ricerca dell'efficacia deve essere esercitata in primo luogo al livello della programmazione: le attività promosse dal livello centrale dovranno essere orientate in base a criteri di priorità, motivate in funzione dell'efficacia, misurabili in base ai risultati; la variabilità intrinseca alla maggior parte degli interventi di sanità pubblica

non deve essere considerata un vincolo insuperabile per quantificare e pesare le attività.

Al livello periferico saranno valorizzate e condivise esperienze virtuose o innovative (buone pratiche) che si siano dimostrate capaci di produrre un risultato.

La riflessione sulle priorità della prevenzione dovrà essere prevista per tutti gli ambiti e la misurazione dei risultati dovrà far parte della pratica quotidiana.

Oggetti e ruoli

Gli strumenti di questo processo di “costruzione” e diffusione della EBP possono essere identificati nella ricerca, nella formazione, nell’audit e infine nello sforzo di valutazione del risultato.

I Servizi sovrazionali di Epidemiologia devono impegnarsi a coinvolgere le strutture locali nella ricerca applicata e nell’epidemiologia valutativa, esercitando un ruolo di supporto e stimolando professionalità nei servizi.

Newsletter e corsi di formazione (strumenti consolidati del SSR) faciliteranno la disseminazione e la trasferibilità delle “buone pratiche”.

Per riflettere in maniera sistematica sulla pratica professionale e migliorare la propria attività, può essere implementato lo strumento dell’audit, inteso come un sistema di revisione fra pari, un confronto in cui gli operatori prendono in esame un processo, valutano i risultati e li mettono a confronto con uno standard precedentemente definito per verificare il grado di scostamento rispetto all’atteso.

Punto critico dell’audit è la definizione dello standard, che non può essere semplicemente riportato al riferimento normativo, ma deve tenere conto dell’esistenza di linee guida, di revisioni sistematiche, di disponibilità di risultati misurabili; la raccolta sistematica di dati ai fini della valutazione non dovrà essere solo una misurazione di processo o di performance (finora gli indicatori si sono limitati per lo più a misurare l’attività), ma avvicinarsi il più possibile alla misurazione del miglioramento atteso in termini di salute.

In assenza di standard o indicatori di risultato, la griglia di valutazione utilizzata nel progetto “Prevenzione efficace” consente di formulare giudizi di efficacia attraverso un esercizio di rigore metodologico. Di seguito si descrivono gli elementi essenziali valutati attraverso detta scheda.

L’obiettivo deve essere esplicito e l’intervento di prevenzione deve essere chiaramente indirizzato a uno o più problemi di salute.

Il problema di salute deve essere descritto in base alla rilevanza (frequenza, gravità, ecc.) e ai determinanti che si intendono tenere sotto controllo.

I determinanti che l’intervento si prefigge di controllare devono essere descritti in funzione del rischio relativo (forza della relazione causa effetto) e della frazione attribuibile (in modo da esplicitare la frazione del problema che può essere aggredita attraverso l’intervento in esame).

Il risultato atteso dovrebbe essere misurato in termini sanitari – riduzione di morbosità o mortalità (*outcome* sanitario). Dove ciò non è possibile occorre identificare gli *outcome* surrogati (es. misura della riduzione dei fattori di rischio oppure indicatori di processo). Questi ultimi possono essere utilizzabili come approssimazioni dell’*outcome* vero solo se esiste una relazione accertata e costante fra i due. In altre parole la concatenazione procedura-determinante-esito sanitario deve essere scientificamente provata.

La revisione della letteratura disponibile deve seguire regole di qualità (rigore, scientificità, forza delle raccomandazioni).

La promozione della EBP è un compito prioritario delle strutture di riferimento e supporto regionali e della Direzione Integrata della Prevenzione.

Prospettive di evoluzione

I programmi e i progetti regionali e gli obiettivi assegnati ai Direttori generali delle ASR saranno sottoposti al Coordinamento della Prevenzione prima di essere formalmente approvati dalla Regione, affinché il Coordinamento eserciti sia un controllo sul livello di coerenza e integrazione con piani e programmi già esistenti sia un controllo di coerenza con quanto indicato nel presente paragrafo.

Sarà creata presso il DoRS una banca dati delle “buone pratiche” che comprenda i diversi tipi di interventi educativi rivolti alle persone (informativi, formativi, di comunicazione, di counselling, ecc.), nonché quelli di *empowerment* della comunità locale e di *advocacy* nei confronti di decisori e amministratori, che compongono le attività di educazione e promozione della salute, e saranno definite modalità di controllo di qualità e di promozione attiva (ad esempio gruppo di lavoro o comitato permanente di revisione). I dati dei sistemi di sorveglianza implementati a vario titolo (compresi quelli avviati nel contesto dei piani di prevenzione attiva) saranno resi disponibili anche in forma sintetica attraverso la pubblicazione in linea sul sito regionale della sanità pubblica e l’invio di newsletter.

Sarà coordinata a livello regionale la definizione di un format per la redazione delle relazioni di attività dei Servizi di prevenzione, comprendendo anche gli interventi di carattere educativo e di promozione della salute erogati dai Servizi, con l’obiettivo di leggere i risultati dell’attività in termini di miglioramento per la salute collettiva. La relazione regionale relativa alle attività di prevenzione costituirà il documento annuale di rendicontazione dell’attività dei Servizi e di valutazione trasparente dei risultati.

Sarà garantita adeguata formazione degli operatori della prevenzione sui temi dell’EBP.

2. Governo delle conoscenze epidemiologiche

Le direttrici indicate nel 1998 per sviluppare le funzioni epidemiologiche e consentire il raggiungimento degli obiettivi allora previsti risultano particolarmente attuali alla luce dei contenuti del PSSR in tema di prevenzione e aiutano a meglio comprendere il ruolo che l’epidemiologia deve svolgere in questo ambito:

- i dati epidemiologici devono essere diffusi, compresi e utilizzati, affinché l’epidemiologia divenga patrimonio comune di tutti gli operatori e il metodo e la curiosità tipiche dell’epidemiologia diventino consuetudine nella pratica professionale quotidiana;
- l’esercizio della funzione epidemiologica deve consentire la saldatura tra le azioni di prevenzione ovunque messe in opera e la funzione di sorveglianza ai fini di valutazione e di programmazione;
- è necessario ricercare una più organica connessione tra le attività di studio epidemiologico e le applicazioni al sistema sanitario delle altre discipline scientifiche sociali, finalizzate a informare e sostenere i processi di pianificazione del sistema sanitario, di controllo della gestione e di valutazione delle tecnologie sanitarie.

Si tratta di indicazioni che nei 10 anni trascorsi hanno consentito di raggiungere molti risultati, ma anche di evidenziare il permanere di alcune criticità quali l’assenza di un registro nominativo delle cause di morte (ReNCaM), una insufficiente abitudine a utilizzare i dati per la programmazione, la scarsa integrazione tra fonti informative, carenze nella capacità di lettura e utilizzo dei dati a livello locale, una insufficiente interazione tra il livello regionale e quello locale con conseguente difficoltà ad attuare l’atteso percorso di miglioramento continuo dei flussi informativi e anche una modesta efficacia comunicativa al di fuori della propria sfera professionale.

La disponibilità di un adeguato sistema informativo rappresenta un requisito irrinunciabile per gli obiettivi della prevenzione regionale. Il Sistema Sanitario Regionale gestisce direttamente una pluralità di flussi informativi correnti che raccolgono sia dati provenienti da sistemi di sorveglianza, sia dati provenienti dalle attività quotidiane dei Servizi, gestisce alcune rilevazioni campionarie e acquisisce i dati provenienti dai sistemi correnti e campionari gestiti dall'ISTAT.

All'apparato informativo curato o acquisito direttamente dalla Sanità, si affianca poi la disponibilità di numerosi flussi informativi che non sono direttamente sanitari, ma che offrono importanti opportunità conoscitive, in particolare nel campo della prevenzione (si pensi, per esempio, ai dati demografici, ambientali, del lavoro, sociali)¹.

Obiettivi

Uno degli obiettivi principali dell'epidemiologia rimane lo sviluppo e la valorizzazione dei sistemi informativi attraverso il proprio contributo al disegno del sistema informativo regionale, l'organizzazione dei flussi informativi, il monitoraggio della qualità e la valorizzazione statistica, editoriale e scientifica dei risultati. Più precisamente l'obiettivo generale di un SI per la prevenzione è contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute del Piano di prevenzione dando risposta ai bisogni informativi e garantendo la costante diffusione delle informazioni ottenute, sia all'interno sia all'esterno del SSR, per contribuire alla programmazione delle attività preventive.

A questo scopo concorre il perseguimento di alcuni obiettivi specifici volti a migliorare la situazione informativa di singole aree di intervento (e riportati nel capitolo 4) e ad affrontare le criticità evidenziate quali:

- promuovere nuovi sistemi informativi, e in particolare mettere a regime le sorveglianze di popolazione in tutte le aziende sanitarie oltre che in ambito regionale, sviluppare le potenzialità di *record linkage* tra archivi e l'utilizzo del web per scopi di ricerca e indagini di popolazione;
- realizzare momenti di lavoro comune tra i professionisti delle strutture regionali e quelli delle strutture locali di epidemiologia per individuare azioni possibili e priorità per il miglioramento della qualità e disponibilità dei flussi costituiti il SI della Prevenzione;
- svolgere azioni di formazione per incrementare la capacità di lettura, interpretazione e utilizzo dei dati;
- migliorare la capacità di lettura dei fenomeni di disuguaglianza sociale attraverso i flussi informativi correnti;
- promuovere la conoscenza dei fenomeni sanitari oggetto di attività di prevenzione attraverso la lettura integrata delle informazioni provenienti da diversi flussi informativi, ivi inclusi i nuovi sistemi nazionali di sorveglianza;
- incentivare all'uso integrato dei flussi informativi.

Oggetti e ruoli

I principali elementi costitutivi di un SI possono essere identificati nei bisogni informativi, negli indicatori e nei dati.

In sintesi, si può affermare che i bisogni informativi sono le domande che il decisore (o più in generale gli operatori) si pone per compiere le proprie scelte, cioè per individuare e selezionare i problemi sui quali intervenire. È quindi compito del decisore (inteso come colui che, nel sistema della prevenzione, ha titolo a prendere decisioni di programmazione) formulare bisogni conoscitivi pertinenti al proprio ruolo. La forma operativa che assume il bisogno informativo è l'indicatore, vale a dire

¹ Un repertorio dei sistemi informativi è disponibile sul sito www.dors.it/public/ar35/epgr_125.pdf

l'algoritmo con cui si organizzano i dati per rispondere all'obiettivo conoscitivo. È compito dell'epidemiologia, ai diversi livelli del sistema sanitario regionale, garantire la validità di questi indicatori, cioè garantire che essi rappresentino in maniera "non distorta" l'obiettivo conoscitivo. I dati rappresentano le unità elementari di un sistema informativo. La qualità e la tempestività dei dati sono presupposti essenziali di un buon SI e devono essere garantite da ciascuna struttura del SSR o ente tecnico esterno che interviene nelle fasi di gestione del flusso informativo (raccolta, codificazione, trasmissione e archiviazione) ai diversi livelli. L'epidemiologia (ai diversi livelli del sistema sanitario regionale) contribuisce alla qualità dei SI, anche attraverso valutazioni *ad hoc* o con incroci di informazioni provenienti da flussi informativi diversi.

Sulla base di questa schematica ripartizione è possibile individuare differenti livelli di competenze e responsabilità.

La Regione:

- individua i bisogni informativi necessari ai propri compiti di indirizzo della programmazione e del monitoraggio delle attività di prevenzione;
- indirizza e coordina le attività di revisione e aggiornamento del sistema informativo regionale, all'interno del quale si inserisce anche il sistema informativo della prevenzione;
- garantisce il miglioramento continuo della qualità dei SI anche considerando le istanze provenienti dalla rete dei Servizi della prevenzione e individuando rapidamente le azioni correttive;
- facilita l'accesso ai dati provenienti dai SI correnti.

La Rete dei Servizi di Epidemiologia:

- promuove e concorre alla realizzazione di nuovi sistemi informativi;
- contribuisce al miglioramento della qualità dei flussi informativi esistenti;
- elabora e rende disponibili indicatori utili alla programmazione della prevenzione sia a livello regionale sia a livello aziendale;
- facilita l'accesso alle fonti informative a tutti gli operatori della prevenzione;
- contribuisce alla formazione degli operatori della prevenzione, in generale, e di quelli delle strutture locali di epidemiologia in particolare, all'utilizzo degli indicatori per scopi di analisi dei bisogni e valutazione delle attività di prevenzione;
- contribuisce alla diffusione dell'informazione sullo stato di salute della popolazione.

Le Direzioni Integrate della Prevenzione:

- garantiscono una funzione di "interfaccia" tra professionisti delle ASR, professionisti della Rete dei Servizi di Epidemiologia e Regione per il miglioramento della qualità e della tempestività nelle diverse fasi dei SI;
- facilitano la comunicazione all'interno e all'esterno dell'azienda delle informazioni derivanti dai sistemi informativi.

Gli operatori delle strutture locali di epidemiologia:

- contribuiscono al miglioramento della qualità dei flussi informativi a livello locale;
- partecipano alla realizzazione e valorizzazione dei sistemi informativi locali e in particolare contribuiscono alla messa a regime e realizzazione delle sorveglianze di popolazione (ad esempio PASSI, OKkio alla Salute) in ambito aziendale;
- partecipano alla realizzazione di report sulla salute della popolazione nelle proprie ASL, attuando la valorizzazione di SI locali, sia attraverso l'utilizzo di dati provenienti dai SI correnti e la realizzazione di indicatori locali, sia attraverso la lettura integrata degli indicatori già disponibili;

- supportano attivamente la programmazione aziendale sia con le azioni dirette sopraelencate sia promuovendo in altre strutture aziendali l'utilizzo dei dati per la valutazione e programmazione delle attività.

Prospettive di evoluzione per il futuro

Il SI per la prevenzione deve quindi garantire la misurabilità degli obiettivi individuati dal Piano di Prevenzione sia utilizzando l'insieme dei flussi informativi correnti e campionari disponibili nella regione, sia promuovendone di nuovi e con strumenti innovativi. La spinta all'integrazione richiesta dal PSSR e la programmazione delle attività di prevenzione per aree tematiche sottolineano la necessità di avviare letture altrettanto tematiche dei flussi, che contribuiscono alla conoscenza di specifiche aree di prevenzione. Questo tipo di lettura dovrebbe facilitare anche l'individuazione dei bisogni informativi per la prevenzione e quindi l'eventuale necessità di progettare nuovi flussi, che dovranno essere in linea con le specifiche tecniche previste dal nuovo Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica (SIRSE)². A questo scopo è di particolare rilievo il potenziamento delle attività di collegamento (*record linkage*) tra le numerose fonti informative già disponibili. Si tratta di una funzionalità prevista all'interno del SIRSE, che l'epidemiologia regionale, sulla base del patrimonio di esperienze già maturato, deve realizzare appieno attraverso nuove linee di sviluppo che portino alla realizzazione di registri di patologia per la stima dell'incidenza (e quindi dell'esposizione a fattori di rischio) di numerose patologie e alla ricostruzione dei percorsi assistenziali, anche in senso preventivo, seguiti dai singoli soggetti.

L'imminente entrata in attività dei Servizi sovrazonali di Epidemiologia veterinaria e l'avvio di collaborazioni con l'Osservatorio epidemiologico veterinario e il Servizio di Epidemiologia ambientale dell'ARPA e del SeREMI favoriranno la pianificazione di interventi medico-veterinari integrati.

Tra le evoluzioni future, va ricordato come la larga diffusione tra la popolazione dell'accesso al web apra possibilità inedite di utilizzo di questa risorsa per scopi di indagine "rapide", che dovranno essere opportunamente esplorate da parte dell'epidemiologia.

Infine, il SI deve preoccuparsi, attraverso la creazione di alleanze con altri soggetti e con l'acquisizione di competenze specifiche, di progettare modalità di comunicazione più efficaci per rendere l'informazione chiara e comprensibile a tutti i livelli.

3. Vigilanza e controllo

Il PSSR riserva un paragrafo dedicato alla vigilanza in cui si evidenzia che "l'attività di vigilanza, se opportunamente orientata e ispirata ai principi dell'equità, della continuità e dell'indipendenza, è uno degli elementi indispensabili all'efficacia della prevenzione primaria".

Obiettivi

È utile ricordare che vigilanza e controllo sono una funzione e non un obiettivo in sé, in quanto la finalità dell'operato dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione è sempre un obiettivo di salute.

Vigilanza e controllo, pertanto, devono essere collocate all'interno di un processo programmatorio, sia a livello regionale sia locale, che consente anche di rendere trasparente ai vari "attori locali" (soggetti istituzionali, cittadini, ecc.) gli oggetti sui quali i Servizi sono impegnati a sviluppare la loro azione.

² DGR n. 15-8626 del 21/04/2008.

La funzione di vigilanza e controllo si sviluppa adeguatamente se riesce a integrare oppure far coesistere, in modo armonico e sinergico, tutti gli strumenti operativi a disposizione degli operatori, sia quelli di indagine quali l'ispezione, l'accertamento, il campionamento, l'audit, sia quelli con connotazione più repressiva quali la prescrizione, la sanzione, la proposta di ordinanza e il rapporto all'autorità giudiziaria. Limitare la funzione di vigilanza e controllo concentrandola sull'utilizzo, seppur enfatizzato, di uno o pochi di questi strumenti o esercitarla in modo rituale come semplice esecuzione di tanti interventi singoli fini a se stessi significa svuotarla di contenuto e di efficacia.

L'insieme delle azioni e degli strumenti che compongono la funzione di vigilanza e controllo produce i massimi risultati, infatti, se ricomposto in modo da fornire una visione di insieme, una mappatura, un'immagine dinamica della situazione che esiste e si evolve in un determinato territorio.

Questo consente, anche e soprattutto, di cogliere gli elementi più problematici e orientare in merito alle priorità di intervento, sia a livello regionale sia a livello locale.

La funzione di vigilanza e controllo, quindi, deve essere strettamente legata a tutte le altre funzioni proprie dei Servizi, in particolare alle funzioni di informazione, assistenza, formazione e comunicazione.

Oggetti e ruoli

La funzione di vigilanza e controllo viene svolta sulla base delle esigenze e degli obiettivi di prevenzione definiti a livello nazionale, regionale e locale e deve essere oggetto di una specifica programmazione a tutti i livelli.

L'innesco di un intervento di vigilanza avviene secondo due modalità:

- *attiva*: origina dalla programmazione regionale (la quale, a sua volta, tiene in conto gli eventuali input nazionali) e dal livello locale;
- *passiva*: origina da segnalazioni, esposti, richieste di intervento da parte di enti, istituzioni e singoli cittadini (altre ASL, sindacato, Tribunale dei malati, magistratura, ecc.).

La programmazione a livello regionale e locale deve definire con chiarezza, in base ai diversi profili territoriali:

- gli ambiti prioritari sui quali dovrà essere mantenuto il livello di attenzione, sia quelli che devono essere assicurati, in modo uniforme, su tutto il territorio regionale, sia quelli che possono essere consegnati alla valutazione locale;
- le modalità di programmazione del lavoro;
- i volumi di intervento minimi attesi;
- le pratiche di vigilanza ritenute efficaci.

La funzione di vigilanza e controllo non è esclusiva dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ma appartiene anche a numerosi altri soggetti istituzionali, quali ARPA, Ispettorato del Lavoro, servizi comunali, servizi della Provincia, Prefettura, Vigili del fuoco, NAS, Guardia di Finanza, ecc.

Il processo programmatico deve necessariamente tenere in considerazione questa situazione e tentare, il più possibile, la costruzione di alleanze e sinergie fra i vari soggetti coinvolti, in particolare sugli aspetti di trasmissione delle informazioni e della comunicazione.

Prospettive di evoluzione

Differenziare gli ambiti di intervento in base al rischio

La consistenza delle risorse presenti all'interno dei Servizi e i vincoli di natura giuridica ed economica impongono un nuovo approccio per la funzione di vigilanza e controllo.

Non è più sostenibile l'approccio universalista e indifferenziato, in base al quale, definiti gli ambiti che devono essere oggetto di vigilanza (persone, processi, strutture, imprese, esercizi, attività, ecc.), i Servizi assicurano una acritica e routinaria attività di vigilanza proporzionata semplicemente all'entità numerica degli oggetti da vigilare.

Il nuovo approccio da sviluppare dovrà poggiare su alcuni elementi portanti quali:

- classificazione dei rischi in termini di impatto a breve e lungo termine sulla salute, sulla base delle relative valutazioni e analisi;
- graduazione degli interventi in base a una scala di priorità coerente con una puntuale conoscenza del territorio, intesa come individuazione e quantificazione dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento;
- integrazione degli interventi di vigilanza (*enforcement*) sui determinanti della salute e della sicurezza con interventi promozionali (*empowerment*), informativi, formativi e assistenziali;
- modulazione degli interventi di vigilanza previa attribuzione di indici di rischio e, in caso di esercizi, imprese e attività, anche sulla base della loro qualità organizzativa e capacità dimostrata di controllo dei rischi al proprio interno e/o nei confronti dell'ambiente esterno.

A fini di chiarezza e trasparenza gli elementi sopra indicati dovranno essere esplicitati nei documenti di programmazione, sia a livello regionale sia a livello locale.

Si dovrà inoltre ricercare un'intesa organica con la magistratura, valida su tutto il territorio regionale e per tutti i servizi sanitari, ispirata alla conoscenza, al rispetto e alla complementarità degli ambiti di intervento, distinguendo le funzioni di tutela della salute da quelle di identificazione e repressione dei reati.

Selezionare pratiche di vigilanza efficaci da sviluppare

In coerenza con il principio di efficacia degli interventi occorrerà:

- sviluppare la definizione e l'erogazione di interventi di vigilanza che rispondano a criteri di appropriatezza, evidenza scientifica ed efficacia di risultati;
- superare la prassi delle verifiche di tipo formale a vantaggio di quelle sostanziali;
- operare assiduamente e sistematicamente per l'individuazione e integrazione delle risorse necessarie alla realizzazione delle azioni definite all'interno e all'esterno del Servizio Sanitario Regionale;
- arricchire il *know how* dei Servizi promuovendo, accanto ai tradizionali e consolidati strumenti della vigilanza, la pratica dell'audit che consente di coniugare in un unico intervento, in condizioni maggiormente paritetiche fra controllato e controllore, azioni di verifica, informazione, assistenza.

Passare da un approccio per singoli atti a una visione di sistema

Un efficace sistema di vigilanza deve operare in due direzioni principali, a seconda del tipo di innesco degli interventi:

- vigilanza attiva: costruire, a livello regionale e locale, mappe concettuali della situazione presente. L'attività, cioè, deve andare al di là del singolo atto o intervento per spingersi a realizzare immagini di sistema utili a costruire e comprendere il profilo esistente e a consentire di definire le priorità per le successive azioni;

- vigilanza passiva: costruire un vero e proprio “sistema di ascolto” che consenta di comprendere le dinamiche che si sviluppano fra la popolazione. Non un formalismo burocratico, per censire le lamentele e rispondere ad esse in modo formale e sedativo, ma un vero e proprio strumento attivo di comprensione della percezione del rischio da parte della popolazione. Tutto ciò per rendere possibile la valutazione della reale entità del rischio e la conseguente modulazione degli interventi da porre in essere anche con il coinvolgimento degli attori locali (ente locale e cittadini coinvolti) nel contesto di un trasparente, sistematico ed efficace sistema di comunicazione.

4. Promozione della salute

La promozione della salute, intesa come benessere di ogni individuo, ma anche risorsa dell'intera collettività, è fondamento dell'azione di sanità pubblica. Suo scopo è rendere possibili e praticabili scelte individuali e collettive verso comportamenti consapevoli e stili di vita sani, equi e sostenibili. Questo è reso praticabile non soltanto attraverso la rimozione o la riduzione dell'esposizione ai rischi di malattia (modello della patogenesi), ma anche attraverso la promozione attiva delle risorse individuali, ambientali, sociali, politiche e culturali che favoriscono migliori livelli di salute (modello della salutogenesi). Si sottolinea inoltre che le evidenze scientifiche e le raccomandazioni dell'OMS, in particolare le *Direzioni Strategiche per il Miglioramento della salute e dello sviluppo di Bambini e Adolescenti* e *Un mondo a misura di bambino*, confortano su investimenti preventivi in particolare nelle prime epoche della vita, sia per alcune caratteristiche relative ad aspetti cognitivo-relazionali, sia per la presenza di determinanti precoci (ad esempio obesità, salute mentale). Soltanto attraverso l'integrazione fra interventi di prevenzione del rischio e di promozione della salute positiva viene davvero tutelata la salute quale diritto fondamentale dell'individuo e bene collettivo.

Obiettivi

La promozione della salute si basa sulla attivazione/responsabilizzazione dell'intera comunità, attraverso:

- una partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati a processi di salutogenesi;
- l'orientamento di tutte le politiche – e non solo quelle sanitarie – verso obiettivi di salute;
- il coinvolgimento dei cittadini e delle istituzioni nelle decisioni relative alla qualità della vita e del benessere.

Oggetti e ruoli

La promozione della salute si sviluppa attraverso linee di lavoro multicomponente che integrano:

- interventi formativi e informativi per aumentare negli individui e nei gruppi sociali l'alfabetizzazione (*literacy*) sulla salute e sui suoi determinanti (programmi scolastici, comunicazione del rischio, raccomandazioni sui comportamenti, ecc.);
- azioni per favorire l'accesso alle informazioni;
- campagne di comunicazione (vecchi e nuovi media) e di marketing sociale;
- interventi rivolti alle persone e ai gruppi (counseling individuale, di gruppo, ecc.) per la modifica degli stili di vita;
- interventi in contesti (*setting*) specifici (scuola, luoghi di lavoro, ecc.) ad approccio multisettoriale;
- promozione di processi di *empowerment* delle comunità locali;

- azioni di patrocinio (*advocacy*) verso decisori e amministratori.

Le differenti linee di lavoro prima richiamate richiedono dal parte del Servizio Sanitario l'esercizio di competenze diversificate, che fanno capo sinteticamente all'area della pianificazione/valutazione (analisi dei bisogni e delle risorse, diagnosi educativa, valutazione di efficacia pratica, ecc.), a quella del sostegno al cambiamento individuale all'interno di percorsi di prevenzione/cura (counseling, conduzione di gruppo, ecc.) e a quella della facilitazione di micro- e macro-processi che vedono protagonisti soggetti diversi dal Servizio Sanitario (enti locali, parti sociali, associazioni, ecc.).

La promozione della salute, pur essendo parte integrante dell'attività di tutti gli operatori sanitari, in relazione agli specifici ruoli ricoperti, ha il suo riferimento ASL nella figura del Referente per la Promozione della Salute ed Educazione Sanitaria (RePES) che, all'interno della Direzione Integrata della Prevenzione, ha funzioni di coordinamento e assistenza metodologica ai progetti e ai processi locali (interni alle ASL e integrati con il territorio, in particolare nell'ambito dei PePS) e di interazione in rete con il sistema regionale. Il Centro di Documentazione DoRS assicura il supporto alle attività di promozione della salute con le sue funzioni di documentazione, valorizzazione e assistenza ai percorsi locali e regionali.

Accordi strategici sono stipulati con le principali agenzie interessate, *in primis* con la scuola.

Prospettive per il futuro

La promozione della salute deve consolidarsi come dimensione "culturale", organizzativa e professionale all'interno delle ASL e rafforzare la sua capacità di agire sui determinanti prossimali e distali della salute attraverso azioni inter-settoriali multicomponente basate su prove di efficacia, esempi di buona pratica e interventi contraddistinti da continuità e sostenibilità. Le ASL devono pertanto potenziare il ruolo di ricognizione e valorizzazione delle azioni, attraverso il Sistema Informativo degli interventi di prevenzione e promozione della salute (ProSa), e di facilitazione rispetto ai progetti e alle politiche che hanno impatto sulla salute. Accanto a linee progettuali che sperimentino modalità di lavoro e proponano linee strategiche sulle aree ancora non definite ed emergenti, devono stabilizzarsi gli interventi efficaci, in modo da rientrare a pieno titolo tra quelli "essenziali" del SSR. Tali interventi sono a loro volta da sostenere con una cultura e con processi organizzativi della documentazione e della valorizzazione quali esempi di buona pratica a più livelli (locale, regionale, nazionale,...). Per tale sviluppo è necessaria l'individuazione di modalità di sostegno agli operatori, ad esempio contatti diretti, disponibilità di strumenti a distanza, assistenza e formazione (rivisitazione di interventi per individuare buone pratiche, approfondimenti tematici, metodi e strumenti orientati alla salutogenesi con approccio socio-ecologico, allo sviluppo di comunità, al marketing sociale, al *fund raising*, ai processi decisionali inclusivi...).

A tal proposito sarà certamente utile l'apporto di reti locali per la promozione della salute da costituire o rafforzare, che dovranno divenire luogo di confronto e scambio di conoscenze, esperienze e buone pratiche sia nell'ambito del SSN, sia soprattutto al di fuori di esso. Troppo spesso, infatti, attività in corso da anni da parte di istituzioni e organizzazioni esterne alle ASL non vengono condivise per carenza di informazione o di capacità di ascolto e collaborazione. L'aspetto della comunicazione, sia tra gli operatori, sia verso le istituzioni e la popolazione in genere, sarà quindi di fondamentale importanza per completare e integrare il quadro delle iniziative di promozione della salute per raggiungere stili e condizioni di vita più salutari.

5. Valutazione di impatto: VIA, VAS, VIS, risk assessment

Obiettivi, oggetti e ruoli

Oggi sappiamo che la salute non dipende solo dall'offerta sanitaria (medici, ospedali, farmaci) ma anche e soprattutto dai comportamenti individuali, dall'ambiente in cui si vive e si lavora e dalle politiche pubbliche.

L'azione dello Stato in campo ambientale, economico e sociale, come dimostrato dagli studi sui determinanti della salute, incide sulle condizioni del benessere e della salute molto più dell'azione esercitata tramite il sistema sanitario. Quest'ultimo, in effetti, interviene sulla malattia quando questa si è già manifestata – quindi in modo reattivo e non proattivo – sostanzialmente senza agire sulle cause.

Da alcuni anni si sono diffuse metodologie che mirano a valutare gli effetti sulla salute di alcuni determinanti. Le prime ad essere introdotte sono state la VIA (Valutazione di Impatto Ambientale) e, a distanza di qualche anno, la VAS (Valutazione Ambientale Strategica).

Costituiscono obiettivi da perseguire nel triennio di validità del PRP:

- l'adozione di una linea guida per la VIS da mettere a disposizione degli enti locali nella loro attività di gestione del territorio;
- l'adozione di una linea guida per la *risk assessment* da applicare nelle attività dei Servizi della Prevenzione;

La valutazione di impatto ambientale (VIA) e la valutazione ambientale strategica (VAS)

La procedura di valutazione di impatto ambientale (VIA) è stata introdotta dalla normativa comunitaria³ e successivamente recepita nell'ordinamento degli stati nazionali divenendo ben presto uno strumento fondamentale nella politica ambientale.

La VIA è uno strumento che garantisce il raggiungimento di elevati livelli di tutela e qualità dell'ambiente attraverso l'analisi e la valutazione preliminare e integrata delle possibili conseguenze sull'ambiente della realizzazione di progetti relativi a opere e interventi pubblici e privati. La Regione Piemonte⁴ ha introdotto la VIA in conformità alle direttive dell'Unione Europea e alla normativa statale vigenti in materia.

Con la Direttiva 2001/42/CE viene introdotta la valutazione ambientale strategica (VAS), recepita con il Decreto legislativo 152/2006, ulteriormente modificato dal Decreto Legislativo 4/2008.

La valutazione ambientale strategica e la valutazione d'impatto ambientale si trovano in stretta correlazione tra loro, nascendo sostanzialmente la prima a completamento e integrazione della seconda. Con la VIA, infatti, si attiva una procedura volta a fornire l'autorizzazione di un determinato progetto; con la VAS si vuole aggregare il consenso attorno alle scelte effettuate relativamente al piano o al programma di cui il progetto può fare parte. Entrambe le procedure avviano un processo decisionale ma, mentre nella VIA il rapporto tra il soggetto proponente e il soggetto competente a esprimere una valutazione è di tipo autorizzativo, nella VAS la relazione tra l'autorità che elabora il piano o programma e l'autorità con competenze ambientali è tendenzialmente di tipo consultivo.

³ Direttiva CEE n. 85/337 del 27/06/1985.

⁴ Legge regionale n. 40 del 14/12/1998, in attuazione del DPR 12/04/1996.

Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS)

Secondo la definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Valutazione di Impatto sulla Salute è "una combinazione di procedure, metodi e strumenti per mezzo dei quali una politica, un piano o un progetto possono essere giudicati sui loro potenziali effetti sulla salute di una popolazione, e sulla distribuzione di questi effetti all'interno della popolazione stessa".

Un approccio efficace allo sviluppo della salute richiede che tutti i settori della società siano responsabili dell'impatto sulla salute delle loro politiche e dei loro programmi. La valutazione dell'impatto sulla salute deve perciò essere applicata a qualunque politica o programma o progetto di sviluppo che abbia probabilità di provocare effetti sulla salute. Scopo della VIS è l'accertamento a priori della compatibilità con la salute dei cittadini delle decisioni politiche prese nei settori non strettamente sanitari (economia, istruzione, ambiente, trasporti, ecc.).

Per fare ciò, la VIS utilizza una combinazione di metodi, procedure e strumenti attraverso cui stima quale sia l'impatto complessivo di un provvedimento – una politica, un piano o un progetto – sulla salute della popolazione intera o su suoi sottogruppi specifici. Il vantaggio è duplice: da un lato, e in generale, le informazioni fornite da questa analisi consentono decisioni meglio ponderate, dall'altro, e ancor più concretamente, esse possono dare luogo a precise raccomandazioni e misure che correggono e migliorano le decisioni prese. In questo modo la VIS facilita l'adozione di decisioni che minimizzino i rischi per la salute e ne massimizzino i benefici.

La metodologia del risk assessment

Al di là dell'applicazione delle metodologie VIA, VAS, VIS nelle procedure per i casi previsti dalla normativa, si ritiene di fondamentale importanza, ai fini di un miglioramento dell'efficacia dell'intero sistema della prevenzione, l'introduzione del *risk assessment* inteso come approccio metodologico di elezione per la valutazione dei rischi per la salute.

Nell'attività quotidiana dei Servizi di prevenzione, infatti, è necessario adottare quelle metodologie che risultano più appropriate per l'indagine e la caratterizzazione del rischio sanitario correlato alla presenza di una specifica situazione di pericolo (o presunto tale), ivi compresa la stima del possibile impatto sulla salute della popolazione derivante dal rilascio di inquinanti o da contaminazioni microbiologiche. Tali metodologie devono essere applicate e diventare patrimonio professionale di tutti gli operatori impegnati anche nelle attività che richiedono un approccio "di primo livello". La valutazione del rischio sanitario è un processo che deve vedere impegnati diversi enti e professionalità, in particolare ARPA, IZS e Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione.

Il *risk assessment* viene definito come "processo sistematico per la stima di tutti i fattori di rischio significativi che intervengono in uno scenario di esposizione causato dalla presenza di pericoli"⁵. In altre parole la valutazione del rischio è la stima delle conseguenze sulla salute umana di un evento potenzialmente dannoso, in termini di probabilità che le stesse conseguenze si verifichino. La valutazione del rischio si è sviluppata ed è stata applicata in ambiti anche molto lontani tra loro con l'intento generale di dotarsi di un approccio sistematico e fondato scientificamente per caratterizzare i rischi: a livello comunitario il Regolamento 178/2002 ne ha sancito l'importanza come strumento fondamentale per la tutela della sicurezza alimentare.

⁵ APAT. *Criteri metodologici per l'applicazione dell'analisi assoluta di rischio ai siti contaminati*. Rev. 0, 2005.

Inoltre la valutazione del rischio è la procedura che, sebbene meno formalizzata, viene adottata dagli operatori della prevenzione nelle fasi di programmazione dei controlli per orientare gli accertamenti alle situazioni di maggior rischio e attribuire priorità di intervento sulla base di condizioni standard che vengono attentamente classificate e monitorate (classificazione di rischio). A corredo sono stati definiti i criteri generali e le modalità per un'efficace comunicazione del rischio, parte integrante (insieme a valutazione e gestione) dell'analisi del rischio.

Il processo per la valutazione del rischio si suddivide, a grandi linee, in quattro fasi:

- raccolta dei dati inerenti l'esistenza di pericoli (*hazard identification*);
- valutazione dei potenziali effetti dei pericoli identificati sulla salute e lo studio della relazione dose-risposta;
- valutazione dell'esposizione delle popolazioni;
- caratterizzazione del rischio.

Prospettive di evoluzione

Sarà compito della Direzione Integrata della Prevenzione incoraggiare e diffondere la cultura della VIS e del *risk assessment* nelle scelte operate dentro e fuori la sanità. L'epidemiologia potrà supportare le fasi della VIS proponendo immagini per la valutazione dello stato di salute della popolazione residente in un particolare ambito territoriale e mettendo a disposizione conoscenze per la valutazione dei potenziali effetti sulla salute della popolazione.

Occorrerà inoltre sviluppare adeguate capacità per attivare programmi di comunicazione che favoriscano il coinvolgimento del destinatario finale nella progettazione degli interventi e diffondano le informazioni. In tal senso, occorrerà puntare sulla formazione dei professionisti della sanità pubblica, affinché possano fungere da facilitatori e sostenitori della salute verso la popolazione; dovranno poi incaricarsi dell'informazione e formazione di gruppi professionali (progettisti, impiantisti, giornalisti, ecc.) anche attraverso la collaborazione con gli ordini e le scuole professionali.

6. Profili e Piani per la Salute

I Profili e Piani per la Salute (PePS)⁶ sono strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello locale con cui la comunità, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce raccomandazioni volte a orientare tutte le politiche del territorio in funzione della salute⁷.

Obiettivi

È obiettivo qualificante dei PePS dare forma a quella che la carta di Ottawa definisce "concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere il miglior livello di salute".

La caratterizzazione più qualificante e socialmente rilevante del percorso PePS consiste nell'esaltazione del momento partecipativo dei cittadini.

Dai PePS ci si attende un contributo essenziale sia per riorientare criticamente la programmazione territoriale non specificamente socio-sanitaria dei Comuni (e di altre istituzioni e agenzie locali) verso bisogni e obiettivi di salute prioritari, sia per

⁶ Legge regionale 6/08/2007, n. 18.

⁷ Sono state approvate le linee guida regionali per l'implementazione del processo con DGR n. 3-9978 del 5/11/2008.

vagliare criticamente la pertinenza e la produttività delle specifiche azioni socio-sanitarie localmente pianificate (Programma delle attività territoriali, Piano attuativo locale, Piano attuativo delle Aziende Ospedaliere).

Possono diventare inoltre uno strumento per la sensibilizzazione e la responsabilizzazione dei cittadini per l'adozione di comportamenti e stili di vita sani.

Oggetti e ruoli

Il Sindaco, quale autorità sanitaria locale, ha il compito sociale di stabilire le modalità di tutela e di promozione della salute nella propria comunità locale. I Sindaci sono chiamati a esercitare questa responsabilità in modo collegiale attraverso il Comitato dei Sindaci di Distretto/Comitati dei Presidenti di Circoscrizione (per le aree metropolitane). Il Comitato dei Sindaci di distretto⁸ è composto dai Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale del distretto e vi partecipano, con diritto di voto, i Presidenti delle province ovvero, per le aziende sanitarie torinesi, il Sindaco della città di Torino, nella sua qualità di Presidente della Conferenza dei Presidenti di Circoscrizione, e il Presidente dell'ente gestore dei servizi sociali. Il distretto è identificato come scala territoriale appropriata per una verifica funzionale partecipata di elementi distintivi di salute nell'ambito della complessiva programmazione locale e anche per un contestuale giudizio sulla pertinenza e sull'efficacia del contributo del sistema socio-sanitario.

I Comuni/le Circoscrizioni subcomunali metropolitane si avvalgono dell'assistenza, del supporto e del contributo tecnico di soggetti professionali afferenti alla rete estesa dei servizi della pubblica amministrazione, tra i quali occupano un posto di rilievo gli operatori, adeguatamente formati, dei servizi sanitari e socio-assistenziali (ASL, ASO, enti gestori).

Le ASL rappresentano quindi gli interlocutori privilegiati in forza delle proprie competenze nel campo dell'epidemiologia e della promozione della salute.

L'ARPA ha contribuito alla realizzazione del database di indicatori di "Rete per la salute" da utilizzare per la costruzione dei PePS.

Prospettive di evoluzione

È compito delle amministrazioni locali del distretto garantire l'elaborazione del PePS di distretto, secondo le indicazioni delle linee guida, coordinato con gli altri livelli di programmazione territoriale (Piano attuativo locale con le aziende sanitarie competenti, Piano di zona con gli enti gestori, Programma delle attività territoriali). Allo stesso modo, le amministrazioni locali si faranno carico dell'adozione delle azioni previste per quanto di competenza.

Il processo di sviluppo e costruzione dei PePS è necessariamente lungo e faticoso, richiede un sovvertimento delle dinamiche, la comprensione del potenziale di salute connesso a politiche apparentemente distanti, la crescita di una sensibilità collettiva e la apertura a valori sociali (condivisione, coinvolgimento, equità, interesse della comunità, ecc.). In questo momento di crisi economica e di forti spinte al "protezionismo" (non solo nell'accezione economica del termine) la strada è particolarmente difficile.

Il sistema della Promozione della Salute e della Prevenzione dovrà dunque trovare le occasioni "opportune" per sollecitare l'attenzione ai PePS all'interno e all'esterno dell'ASL, sia attraverso la compartecipazione a tavoli tematici intersettoriali, sia attraverso percorsi educativi centrati sulla consapevolezza e sulla partecipazione dei cittadini, sia attraverso la manutenzione di un efficiente ed efficace sistema informativo sanitario, sia attraverso forme appropriate di comunicazione della salute che utilizzino messaggi coerenti e univoci.

⁸ Ai sensi dell'art. 8 della Legge regionale n. 18/2007.

I Sindaci e le amministrazioni comunali dovranno favorire le forme di partecipazione ritenute più appropriate e sostenibili da parte della comunità locale, nella direzione della salute e del contrasto dell'inequità, che ne è il primo determinante.

Allo scopo di garantire unitarietà ai vari progetti di Promozione della salute e di Prevenzione, focalizzandosi sul perseguimento di obiettivi e interessi comuni, dovranno essere definite modalità di interazione e integrazione delle diverse iniziative di coinvolgimento dei cittadini e degli *stakeholders* nelle attività di programmazione e valutazione del SSR: PePS, Conferenza Aziendale di Partecipazione⁹, programma regionale di Audit Civico 2009-2010, ecc.

7. Formazione

Per accompagnare il processo di costruzione di competenze del Servizio Sanitario necessarie alla piena realizzazione degli obiettivi del Piano, uno degli strumenti più potenti è la formazione, intesa sia come processo di apprendimento da parte degli operatori sanitari (ma anche degli altri settori con cui il SSR collabora) di conoscenze, saperi, abilità, competenze utili allo svolgimento delle funzioni proprie e alla realizzazione degli obiettivi dell'organizzazione, sia come apprendimento della stessa organizzazione, considerata come sistema cognitivo capace di strutturare conoscenze e comportamenti degli individui che agiscono al suo interno.

Per quanto riguarda le figure professionali di primo livello (professioni sanitarie) l'Università di Torino ha mobilitato le sue risorse di ricerca e di formazione in questo senso direttamente con il corso di laurea interfacoltà di Tecniche della Prevenzione (Medicina, Scienze, Veterinaria, Farmacia) e indirettamente con i corsi di laurea interfacoltà per educatori (Scienze della Formazione, Medicina e Psicologia) e con master. Il Politecnico di Torino ha a sua volta partecipato su convenzione al corso di laurea in Tecniche della Prevenzione e ha un master di Ingegneria della Sicurezza, oltre a numerosi orientamenti della progettazione tecnologica verso la sostenibilità ambientale.

Nel campo della promozione della salute oggi è presente a livello universitario solo l'offerta del master interfacoltà di Infermiere di Famiglia e di Comunità (Medicina e Psicologia) che accoglie in modo approfondito le sfide dello scenario a proposito dei nuovi modelli di assistenza/prevenzione nell'area individuo/famiglie riguardanti la cronicità. Da segnalare che anche la facoltà di Psicologia ha istituito una scuola di specialità post-laurea in Psicologia della Salute, che presta attenzione alla promozione della salute e mira non solo a formare gli psicologi all'esercizio della professione clinica, ma anche a stimolarne l'attenzione alle politiche di prevenzione e promozione della salute in un'ottica interdisciplinare e a interfacciarsi con le altre professioni.

Nel campo dell'epidemiologia l'Università di Torino conduce un master di secondo livello per la preparazione dei ricercatori.

La Regione Piemonte prevede ogni anno diversi percorsi di formazione indirizzati specificamente agli operatori impegnati nei vari ambiti di attività di prevenzione: Dipartimenti di Prevenzione, delle Dipendenze, Materno-infantile, Salute mentale, area del Distretto, Dipartimento di Prevenzione secondaria dei tumori, ecc.

Obiettivi

Si dovranno predisporre e mettere in atto interventi di formazione che promuovano e accompagnino le attività previste, a livello:

⁹ DGR n. 16-9683 del 30/09/2008.

- della *formazione di base* di tutte le professioni sanitarie, al fine di porre solidamente le basi di una vera “cultura della prevenzione e della promozione della salute” in tutti gli operatori, anche in quelli impegnati sul versante clinico-assistenziale; dovranno in questo senso essere individuate le opportunità di riorientamento degli insegnamenti già presenti e/o di introduzione di proposte didattiche orientate (seminari, tirocini, ecc.) o forme di trasferimento temporaneo (ad esempio comando/convenzione) presso Servizi specialistici finalizzate all’acquisizione di specifiche competenze;
- dell’*aggiornamento professionale continuo (life-long learning)* di tutti i profili professionali rispetto alle migliori metodologie e tecnologie *evidence-based*, man mano disponibili in ordine alla realizzazione degli obiettivi di piano, e all’acquisizione di nuove competenze per l’esercizio delle funzioni comunicativo-relazionali e gestionali-organizzative (facilitazione, lavoro di rete, marketing sociale, ecc.).

Oggetti e ruoli

Gli strumenti formativi efficaci individuati per l’aggiornamento professionale e l’acquisizione di nuove competenze sono:

- il portale del Sistema Regionale per la Formazione Continua in Sanità, in special modo con l’attivazione di moduli di formazione a distanza (tecnici e metodologici) e lo sviluppo di strumenti di social network;
- gruppi di lavoro tematici (revisioni sistematiche, produzione di linee guida, raccomandazioni e procedure...);
- esperienze di formazione tra pari, ivi compresi audit, stage interaziendali e interregionali, ecc.;
- corsi residenziali offerti a tutti gli operatori interessati.

Tutte le attività di formazione dovranno essere accreditate sul Sistema Regionale per la Formazione Continua in Sanità.

Prospettive di evoluzione

La Direzione Integrata della Prevenzione e le Direzioni delle singole strutture dovranno individuare i bisogni formativi specifici in collaborazione con i propri Servizi Formazione; a tali bisogni dovrà rispondere un piano di formazione regionale (e locale per i bisogni specifici) di respiro almeno triennale, cui dovranno concorrere le competenze tecniche e metodologiche presenti nel sistema regionale (Settori regionali, Servizi ASL e di supporto, Università, ecc.).

Dovrà essere inoltre avviata con la componente universitaria una riflessione sulla formazione di primo e secondo livello dei differenti profili professionali: occorrerà in tal senso favorire un’intesa tra l’Università di Torino, il Politecnico di Torino e la Regione Piemonte al fine di ricalibrare l’offerta formativa delle professioni sanitarie della prevenzione.

Per quanto riguarda le figure dirigenziali sanitarie e tecniche occorre rafforzare l’offerta formativa sia per la direzione dei Servizi di prevenzione, sia per sostenere i processi di comunità e di territorio necessari per raggiungere gli obiettivi del presente Piano.

Nel loro complesso si rende necessario correlare e integrare tra di loro tutti questi percorsi formativi nella progettazione, nella realizzazione logistica e soprattutto nella disponibilità di risorse dedicate per portare a sistema tutte le competenze didattiche e di ricerca disponibili.

8. Documentazione

Lo sviluppo, la realizzazione e la valutazione di strategie e programmi efficaci in salute pubblica passano attraverso l'applicazione del ragionamento scientifico, incluso l'uso sistematico sia di dati fattuali sia dei sistemi d'informazione, e l'uso appropriato della documentazione scientifica.

In questo contesto, l'approccio *evidence-based* prevede l'uso integrato:

- dell'epidemiologia come metodo d'inchiesta che fornisce i dati di fatto su cui basare le decisioni;
- della letteratura biomedica per la documentazione delle prove di efficacia;
- degli strumenti per misurare i risultati delle azioni e per monitorare l'uso e la condivisione dei risultati delle azioni intraprese.

Straus & Haynes¹⁰ sottolineano che “per supportare decisioni basate sulle evidenze, i professionisti necessitano di fonti d'informazione affidabili, rilevanti e leggibili” e auspicano che “gli editori e chi finanzia la ricerca siano capaci di trovare nuovi strumenti per soddisfare questa esigenza”. L'incremento esponenziale del volume della letteratura biomedica e la crescente complessità della metodologia della ricerca, infatti, hanno reso sempre più complesso il processo di valutazione e selezione delle prove.

La difficoltà dei metodi di valutazione critica della documentazione scientifica (*critical appraisal*), insieme alla limitata disponibilità di tempo dei professionisti, può costituire un ostacolo rilevante per l'aggiornamento e per la messa in atto di azioni *evidence-based*.

In questo ambito, assume un ruolo cruciale la “letteratura secondaria”, dove il processo di ricerca e valutazione critica delle evidenze viene effettuato da esperti; la documentazione di questo tipo, inoltre, aiuta a cogliere il “volume” e l'eventuale sbilanciamento delle conoscenze disponibili.

Obiettivi

- Documentare e valutare le conoscenze disponibili tratte dalla letteratura, dalle esperienze e dai “prodotti” realizzati da quanti operano per migliorare la salute.
- Informare sulle evidenze prodotte, disseminare le prove di efficacia di interventi per la salute.
- Assistere la progettazione, realizzazione e valutazione di interventi per la salute.
- Cooperare attivamente al progetto per lo sviluppo di una Rete informativa nazionale.

Oggetti e ruoli

La ricerca in questo campo ha contribuito a chiarire che:

- la semplice diffusione passiva dell'informazione produce effetti nulli o molto modesti;
- si rendono necessari interventi di analisi dei fattori favorevoli o di ostacolo alla diffusione e disseminazione delle informazioni;
- occorre limitare lo sbilanciamento di competenze che caratterizza la relazione tra i fornitori e gli utilizzatori delle informazioni scientifiche.

Per queste ragioni, e a seguito delle informazioni oggi disponibili dagli studi sulla variabilità delle pratiche di sanità pubblica e sugli insuccessi degli interventi di disseminazione passiva, il Centro di Documentazione DoRS può rivestire un ruolo

¹⁰ Straus S, Haynes RB. Managing evidence-based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources. *CMAJ* 2009; 180(9): 942-945.

chiave nell'organizzare canali e modalità di accesso ad una informazione il più possibile indipendente e di buona qualità. Questa funzione è anche tesa a creare una "cultura critica di fondo" per l'implementazione di interventi basati su prove di efficacia.

Prospettive di evoluzione

Si è rilevata la necessità di un cambiamento culturale, prima ancora che scientifico, nel modo con il quale viene concepito il processo di accumulazione e disseminazione delle informazioni scientifiche. Uno dei più importanti messaggi dell'approccio *evidence-based* è, in questo senso, il richiamo a considerare la totalità delle informazioni disponibili quando si tratta di valutare, nella pratica, l'efficacia di un intervento. L'affinamento della metodologia delle ricerche sistematiche e di analisi della letteratura si dimostra dunque di fondamentale importanza.

L'attuale considerazione sulla natura dell'informazione *evidence-based*, alla luce di questa prospettiva, potrebbe fare un passo avanti centrando maggiormente l'attenzione sulle modalità di applicazione, in modo che venga fatto il miglior uso delle informazioni scientifiche disponibili. Questo potrebbe infatti indicare che il vero cambiamento da introdurre è nel modo e nelle regole con cui vengono usate e integrate le informazioni scientifiche nella pratica degli interventi sanitari.

In questo senso, accanto all'acquisizione di competenze metodologiche da parte dell'operatore sanitario, si identifica come efficace il modello di supporto documentale basato sui principi della *evidence-based medicine*.

Il Centro di Documentazione DoRS può assumere una posizione centrale in questo processo attraverso un sostegno incardinato su differenti tipologie di azione:

- la costituzione di una "Biblioteca Virtuale della Salute del Piemonte"¹¹, con l'obiettivo di rendere disponibili informazioni e conoscenze scientifiche ai professionisti della sanità nel luogo in cui operano e prendono decisioni. La biblioteca mette a disposizione di tutti coloro che operano presso le Aziende Sanitarie Regionali un core di riviste on-line, al fine di consentire l'accesso a risorse utili per migliorare la qualità del loro lavoro. La biblioteca fornisce anche alcuni servizi di documentazione e informazione;
- un esercizio a supporto del trasferimento della teoria alla pratica, utilizzando l'*Evidence-based Journal Club* (EBJC). Questo è infatti considerato uno strumento efficace per apprendere sul campo le abilità di *critical appraisal* e per trovare risposte *evidence-based* a quesiti di primo piano. È quindi non solo un metodo di aggiornamento professionale realizzato in gruppo, ma un progetto per la valutazione della letteratura che consente di rispondere a specifici problemi incontrati durante la pratica degli interventi sanitari (*problem-oriented Journal Club*);
- la diffusione, attraverso i canali di comunicazione del Centro di Documentazione, delle prove ottenute attraverso interventi realizzati sul campo dagli operatori della prevenzione, definendone il diverso grado di efficacia sulla base di criteri prestabiliti e condivisi dalla comunità scientifica.

9. Comunicazione

La comunicazione in sanità viene spesso considerata unicamente come il rapporto interpersonale tra medico e paziente, ma in realtà la sua sfera di "azione" è molto più ampia: la comunicazione può infatti essere intesa come *comunicazione pubblica*

¹¹ www.bvspiemonte.it

rivolta alla popolazione nel suo complesso (ad esempio attraverso le campagne e i media), ai suoi rappresentanti (enti, associazioni), nonché ai cittadini utenti del servizio sanitario (ad esempio l'accesso agli sportelli).

Obiettivi

La comunicazione pubblica per la salute ha gli obiettivi di:

- favorire la diffusione di conoscenze e competenze rispetto ai temi della prevenzione presso il pubblico di riferimento;
- sostenere la scelta libera e consapevole di comportamenti salutari da parte dei cittadini (*empowerment*);
- ridurre le barriere ambientali, culturali, psicologiche e socioeconomiche che ostacolano l'adozione di comportamenti favorevoli alla salute;
- facilitare l'attivazione di alleanze e la creazione di interventi integrati con i diversi attori della comunità;
- prestare attenzione alla fasce di popolazione più vulnerabili che in genere hanno un peggiore stato di salute;
- aumentare la fiducia dei cittadini verso i servizi sanitari.

Oggetti e ruoli

La comunicazione si avvale di due diverse opportunità per promuovere l'acquisizione di competenza e consapevolezza da parte del cittadino: l'informazione sanitaria e la comunicazione per la salute.

La *comunicazione sanitaria* svolge un'importante funzione di raccordo fra i cittadini e i servizi sanitari avvicinando gli operatori della sanità agli utenti, mediante una corretta informazione che garantisca equità, accessibilità, efficacia e appropriatezza delle prestazioni.

All'interno della comunicazione sanitaria ha particolare rilievo la comunicazione di crisi ed emergenza come strumento che permette di controllare le situazioni di allarme improvviso per la salute, al fine di dare una risposta corretta ed equilibrata alle richieste dei media e dei cittadini.

La *comunicazione per la salute* ha la funzione di leva strategica per la promozione della salute mettendo in sinergia i diversi settori della società (enti, istituzioni, soggetti sociali e cittadini) che possono incidere sui molteplici determinanti che condizionano la salute.

La comunicazione per la salute consente, infatti, di coordinare interventi interdisciplinari a vari livelli (individuo, famiglia, gruppi, comunità e società) e in diversi contesti sociali (luoghi di studio e di lavoro, luoghi di aggregazione, mezzi di comunicazione di massa tradizionali o mezzi tecnologicamente avanzati) anche attraverso l'utilizzo e il supporto dei principi, dei metodi e delle tecniche del marketing sociale efficaci nel favorire l'adozione di sani stili di vita, consentendo ai cittadini di acquisire abilità e competenze per scegliere in modo libero e consapevole cosa è bene per la propria salute.

Prospettive per il futuro

A livello internazionale la comunicazione in sanità è considerata una risorsa, e non solo una spesa, per contribuire a migliorare la salute. Essa assume infatti un ruolo strategico nel favorire l'accesso e l'utilizzo appropriato dei servizi, nonché l'adozione di comportamenti volti alla tutela e al miglioramento della salute individuale e collettiva.

Attraverso un'attenta definizione dei destinatari, un adeguato posizionamento e l'*utilizzo di strategie integrate*, è possibile professionalizzare e trasformare queste

attività in un reale servizio ai cittadini, sfruttando a pieno tutte le potenzialità della comunicazione.

Al fine di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici sia a livello regionale sia di singola ASR occorre definire un *piano di comunicazione* che veda l'integrazione fra l'ambito della prevenzione e promozione della salute e quello della comunicazione (URP, uffici comunicazione, ecc.). Il piano consente di stabilire in modo chiaro obiettivi, target, strumenti di informazione e di coordinare/integrare con maggiore efficacia le risorse umane, strumentali ed economiche a disposizione, permettendo di ordinare in una sequenza logica le azioni e i passaggi necessari per elaborare un determinato progetto comunicativo.

Oltre ai comuni strumenti e canali di comunicazione (campagne informative, eventi, opuscoli), particolare attenzione va rivolta ai nuovi media (siti web, social network, applicazioni web 2.0, ecc.).

10. Ricerca e sviluppo

La Regione Piemonte supporta e promuove, attraverso molteplici iniziative, la ricerca volta allo sviluppo di strategie di prevenzione e protezione della salute dei cittadini. In particolare, favorisce attività di ricerca e sviluppo, senza scopo di lucro, nelle aziende sanitarie locali e ospedaliere, nelle Università piemontesi e nelle istituzioni pubbliche con sede in Piemonte. Tutte queste istituzioni sono chiamate a svolgere un ruolo di ponte tra la ricerca e la sanità pubblica per consentire l'introduzione, nella pratica dei servizi sanitari, delle migliori conoscenze scientifiche rese disponibili dalla ricerca di base e soprattutto dalla ricerca applicata, incrementando così le ricadute in termini di efficacia e di appropriatezza sull'operatività complessiva del sistema. In questo senso vanno monitorati e governati i rapporti tra ricerca di base e ricerca applicata da una parte e i rapporti, spesso asimmetrici, tra strutture istituzionalmente deputate alla ricerca e strutture sanitarie della rete dall'altra.

La ricerca sanitaria finalizzata rappresenta uno degli strumenti attraverso i quali la ricerca viene sostenuta in Piemonte. Complessivamente la Regione ha stanziato per la ricerca, a partire dall'anno 1997 al 2009, 27.748.886,57 euro finanziando 2688 progetti, che hanno contribuito al miglioramento del Sistema Sanitario Regionale. Per l'anno 2009, l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità ha stanziato 3.700.000 euro. L'esperienza acquisita in questi anni conferma che la ricerca sanitaria finalizzata rappresenta uno strumento insostituibile ed essenziale per la realizzazione qualificata degli obiettivi individuati nel PSSR. Grazie a questo finanziamento la Regione supporta progetti di ricerca orientati alla prevenzione primaria e secondaria e alla riorganizzazione, monitoraggio e valutazione del sistema sanitario della Regione Piemonte. Accanto al programma regionale di ricerca finalizzata, che per sua natura gioca soprattutto un ruolo nei processi di start-up di iniziative di ricerca, va ricordata la lunga tradizione di accesso da parte di settori della prevenzione piemontese ai canali di finanziamento nazionali, quali ad esempio i bandi di ricerca dell'Associazione Italiana per la Ricerca contro il Cancro, i finanziamenti del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, i bandi relativi ai programmi quadro dell'Unione Europea e i finanziamenti da parte di altre istituzioni internazionali o private, come ad esempio la fondazione "Compagnia di San Paolo".

Obiettivi

Le attività di ricerca e sviluppo forniscono dati, stime e valutazioni aggiornati per informare modelli operativi efficaci di prevenzione. Sono di particolare interesse la

ricerca di strategie per la promozione di stili di vita più salutari e gli studi valutativi di efficacia degli interventi di prevenzione, così come gli studi di epidemiologia ambientale. I risultati della ricerca possono essere inoltre utilizzati nel disegno di strategie di sensibilizzazione degli individui e delle collettività, per assicurare la partecipazione attiva della popolazione alle attività di prevenzione. In questo senso è importante basare la comunicazione del rischio su stime accurate della frazione di casi potenzialmente prevenibili mediante attività di prevenzione primaria, basandosi su costante una revisione critica dei risultati della ricerca e dell'efficacia di queste strategie.

Oggetti e ruoli

Le funzioni regionali di ricerca e sviluppo si articolano in diverse attività che concorrono alla raccolta, analisi e interpretazione delle informazioni necessarie alla pianificazione e valutazione degli interventi di prevenzione e alla loro traduzione in indicazioni utili per ottimizzare il sistema di prevenzione primaria e secondaria. In Piemonte sono attivi da anni, in alcuni casi da decenni, sistemi informativi, in particolare registri di patologia, come ad esempio il Registro Tumori Piemonte o il Registro Tumori Infantili e archivi elettronici di natura amministrativa, come l'archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera e quello delle prescrizioni farmaceutiche. L'utilizzo di queste fonti informative consente di sorvegliare l'andamento nel tempo di specifiche patologie o gruppi di patologie e quindi di pianificare e valutare interventi mirati di prevenzione primaria o secondaria: per la prevenzione primaria, oltre alla messa a punto di strategie per interventi di modifica di abitudini e stili di vita a rischio (fumo, dieta e attività fisica), si segnala l'attività del *Cochrane vaccines library*, che ha il compito di monitorare e riassumere le evidenze scientifiche relative ai vaccini; per la prevenzione secondaria si segnalano gli studi per valutare l'impatto dei programmi regionali di screening mammografico, cervicale, del colon-retto, con particolare attenzione ai differenziali di accesso allo screening. In Piemonte, l'attività di ricerca eziologica è mirata allo studio dei fattori di rischio di maggiore rilievo per la popolazione piemontese, tra cui esposizioni di natura ambientale e lavorativa. Per alcuni di questi fattori di rischio il nesso causale tra esposizione e occorrenza della patologia è stato solidamente definito, come ad esempio tra l'esposizione ad amianto e l'occorrenza di mesotelioma, mentre per altri fattori di rischio il nesso causale è in via di definizione o ipotetico. Altri filoni di ricerca rilevanti sono dedicati allo studio dell'eziologia dei tumori infantili, dei rischi cancerogeni per il polmone, per l'apparato riproduttivo maschile e femminile, del ruolo della dieta e di fattori legati allo stile di vita come determinanti del rischio oncologico. Ad esempio, si segnala il più che decennale contributo di istituti di ricerca piemontesi allo studio *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition* (EPIC), uno dei maggiori studi di coorte al mondo focalizzati sugli effetti a lungo termine delle abitudini dietetiche, degli stili di vita e delle esposizioni ambientali. Inoltre, le attività di gruppi di ricerca regionali hanno largamente contribuito, a livello internazionale, allo studio delle neoplasie cutanee, la cui natura causale rimane incerta e dibattuta. Questo tipo di attività consente il continuo aggiornamento delle conoscenze necessarie per adattare i sistemi di prevenzione primaria e secondaria in funzione delle esposizioni cui è soggetta la popolazione piemontese.

Infine la Regione promuove progetti di ricerca indirizzati all'epidemiologia clinica, al trasferimento della ricerca nella pratica con produzione di linee guida e alla valutazione della qualità dei servizi sanitari. Questo tipo di attività ha lo scopo di sviluppare modelli organizzativi per la prevenzione più efficaci ed efficienti e adattati alla realtà regionale.

Prospettive di evoluzione

Le iniziative di ricerca e sviluppo si indirizzeranno da una parte nel rafforzare le sinergie già costituite tra la Regione e i sopramenzionati attori della ricerca regionale e dell'altra nell'affrontare aspetti innovativi della prevenzione. La conduzione di ricerche, in qualsiasi ambito, richiede un solido impianto metodologico, che può essere sviluppato con attività di formazione specificamente dedicata.

Il secondo settore prioritario riguarda le attività di sistema. Sono, ad esempio, in fase di sviluppo sistemi integrati di documentazione regionale che dovrebbero consentire agli operatori del settore l'accesso a informazioni essenziali per la prevenzione: tra questi, la già citata Biblioteca Virtuale della Salute. Inoltre, esistono e sono in fase di potenziamento archivi specialistici, come l'archivio cancerogeni, che forniscono un servizio di documentazione qualificato su temi specifici relativi alla prevenzione. Una maggiore integrazione e possibilità di raccordare le informazioni presenti negli archivi elettronici amministrativi e nei registri di patologia renderà più efficiente la gestione delle informazioni, garantirà una maggiore riservatezza dei dati e una migliore fruibilità da parte dei ricercatori, che potranno generare e testare ipotesi di ricerca, utili alla prevenzione primaria e secondaria.

Infine, i programmi di ricerca eziologica, di epidemiologia clinica e di trasferimento della ricerca nella pratica con produzione di linee guida verranno proseguiti e orientati in funzione delle nuove evidenze scientifiche, che sono costantemente generate dal processo di ricerca locale, nazionale e internazionale.

OBIETTIVI DI SALUTE PER SINGOLE AREE



Il capitolo che segue contiene una analitica e strutturata descrizione degli obiettivi di salute per singole aree.

Prima di procedere nella illustrazione sono opportune due precisazioni, una di merito e l'altra di metodo.

Per quanto riguarda il merito occorre rilevare che il Piano regionale di prevenzione, pur muovendosi nel solco tracciato dal Piano nazionale della prevenzione, considera prevalentemente le parti dedicate alla prevenzione primaria, in quanto supportata da maggiori evidenze di efficacia.

Per quanto riguarda il metodo, lo scopo attribuito al presente capitolo è quello di presentare, per ciascun obiettivo, le dimensioni dei problemi di salute sottostanti, gli elementi di responsabilità sociale riconoscibili, le concrete azioni di prevenzione, gli elementi organizzativi fondamentali per la loro realizzazione, il sistema di valutazione previsto. Gli obiettivi generali così delineati sono declinati secondo lo schema del Piano nazionale della prevenzione, opportunamente adattato e modificato.

La presentazione si limita a considerare questi aspetti generali di orientamento e rimanda i dettagli progettuali al Piano operativo in appendice (pag. 211) e alla successiva progettazione.

Questa scelta è diretta conseguenza del riassetto organizzativo proposto dal Piano regionale di prevenzione che mette in capo alle Direzioni Integrate della Prevenzione la responsabilità della programmazione attuativa mentre riserva al sistema regionale i compiti di orientamento generale, di pianificazione strategica e di verifica dei risultati. Questo ribaltamento del sistema richiede lo sviluppo di forti capacità locali di analisi e di progettazione e la previsione di una fase di passaggio in cui il Coordinamento regionale della prevenzione svolgerà anche compiti di monitoraggio e di assistenza alla pianificazione locale.

L'indicazione fornita dagli obiettivi di seguito descritti sarà tradotta nella pratica routinaria di tutti i Servizi di prevenzione e, pur essendo qui proposta in termini strategici generali, costituirà elemento concreto per la loro ri-progettazione e riorganizzazione.

Alcuni degli obiettivi non rappresentano certo delle novità ma il fatto che oggi il Piano sia costruito interamente attorno a questi e che alcuni obiettivi tradizionalmente considerati nell'azione dei Servizi di prevenzione oggi non siano nemmeno annoverati tra gli obiettivi del Piano comporta una radicale innovazione, che necessariamente si rifletterà in un riorientamento delle risorse sulla base delle priorità individuate nel presente Piano.

1. Valutazione del rischio individuale di malattia

Il riconoscimento di persone a rischio clinico o di condizioni di fragilità può contribuire a ridurre gli effetti avversi sia nel breve che nel lungo periodo. Vi è piena consapevolezza che in questo processo il medico di medicina generale riveste un ruolo centrale.

Dimensione epidemiologica

Viene di seguito riportata una sintesi della dimensione epidemiologica dei problemi di salute relativi ai due progetti considerati nella macroarea della Medicina predittiva: la prosecuzione delle attività di promozione dell'utilizzo delle carte del rischio cardiovascolare e l'individuazione della popolazione ad alto rischio per le ondate di calore.

Per quanto riguarda le patologie cardiovascolari, dalla metà degli anni '80, la mortalità in Piemonte ha iniziato a decrescere con una velocità superiore al resto del Nord e dell'Italia in genere. Attualmente (ISTAT 2007), il Piemonte è una delle regioni italiane a più bassa mortalità per cardiopatia ischemica (rispetto al valore italiano la mortalità è inferiore di circa il 12% per gli uomini e del 25% per le donne). Questa protezione è confermata anche dai ricoveri ospedalieri. Nel 2007 il tasso di ospedalizzazione per cardiopatia ischemica tra gli uomini del Piemonte era di circa il 15% inferiore rispetto alla media nazionale e di circa il 18% per le donne. Questa situazione favorevole potrebbe essere in parte spiegata da stili di vita più sani rispetto al resto d'Italia: la prevalenza di obesità e sovrappeso è tra le più basse d'Italia, l'abitudine al fumo di sigaretta è inferiore alla media nazionale e anche le abitudini alimentari sembrano essere più corrette: per esempio, la percentuale di soggetti che consumano verdura almeno 1 volta al giorno è tra le più elevate d'Italia, (ISTAT 2008).

Diverso, invece, il caso delle vasculopatie cerebrali, per le quali il Piemonte registra, da numerosi anni, tassi di mortalità più elevati della media italiana (rispettivamente 17% e 14% in più per gli uomini e per le donne), pur in presenza di tassi di ospedalizzazione inferiori alla media nazionale. Nonostante il minore rischio cardiovascolare del Piemonte in confronto ad altre realtà italiane, il maggior rischio per eventi cerebrovascolari e l'alta numerosità di soggetti coinvolti giustifica la necessità di interventi di prevenzione all'interno della regione. Come ribadito anche dalle recenti linee guida europee per la prevenzione della malattia cardiovascolare nella pratica clinica¹, un ruolo centrale per il riconoscimento e la gestione dei soggetti ad alto rischio è svolto dal medico di medicina generale (MMG) attraverso metodi noti sotto la definizione di "medicina di opportunità" (o *case finding*); per questi scopi, lo strumento delle carte del rischio cardiovascolare è indicato come quello da privilegiare. Secondo i dati dell'indagine PASSI, nel 2009, solo il 5,7% dei residenti in Piemonte nella fascia di età 35-69 anni dichiarava di conoscere il proprio

¹ Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007, 14: S2.

punteggio del rischio cardiovascolare, anche se, nel 2007, circa un terzo dei medici di famiglia del Piemonte dichiarava di rilevare il punteggio del rischio ai propri assistiti. Per quanto riguarda gli effetti sulla salute delle ondate di calore, è noto che i periodi di elevate temperature aumentano lo stress sull'apparato respiratorio e cardiovascolare, specialmente tra gli anziani con limitate capacità di adattamento. Nell'estate 2003 un'ondata di calore anomala ha colpito per molte settimane l'Italia causando numerose vittime, soprattutto nella popolazione anziana residente nei maggiori centri urbani (oltre 7500 morti in eccesso, rispetto al 2002). Nella sola città di Torino è stato stimato che si siano verificati oltre 570 decessi in più rispetto a quanto normalmente atteso sulla base della mortalità estiva negli anni precedenti, 500 dei quali nella popolazione con più di 75 anni di età.

Descrizione organizzativa in termini di competenze, programmi, eccellenze e criticità

Già il Piano Socio-sanitario Regionale 2007-2010 sottolineava come gli interventi di prevenzione da introdurre nella pratica clinica dovessero essere identificati come prioritari dai programmi regionali; tra gli obiettivi prioritari veniva identificata la realizzazione di progetti regionali in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007. Tra questi, il progetto di prevenzione cardiovascolare agiva in collaborazione con altri progetti regionali del precedente PNP, in particolare il progetto di riduzione della prevalenza di fumatori in Piemonte. In questo ambito era stata realizzata un'indagine campionaria tra i medici di famiglia (che ha coinvolto circa il 10% della popolazione regionale di MMG) che aveva evidenziato: un buon livello di conoscenza dei fattori di rischio e delle carte del rischio, un loro utilizzo non appropriato e una scarsa abitudine verso attività di medicina di opportunità. Il rapporto finale è stato distribuito a tutti i MMG del Piemonte, ai direttori di distretto ed è disponibile sul sito internet della Regione². I risultati dell'indagine hanno consentito di individuare i principali bisogni formativi dei MMG in campo di riconoscimento e gestione del rischio cardiovascolare. Questo è servito per identificare obiettivi educativi appropriati per la realizzazione di un percorso formativo *ad hoc* che ha privilegiato tecniche di formazione a distanza (FAD), ritenute più idonee a raggiungere un numero elevato di MMG residenti in un territorio molto ampio. La FAD riguarda argomenti inerenti i principali fattori di rischio cardiovascolare quali la valutazione del rischio cardiovascolare, l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, il fumo di sigaretta. I percorsi, specificamente indirizzati ad un pubblico di MMG (ma fruibili da tutti i medici), sono costituiti da singoli dossier di documentazione per ognuno degli argomenti, realizzati alla luce delle più recenti revisioni bibliografiche sull'argomento. I corsi, accreditati ECM, prevedono una prova di valutazione caratterizzata da due casi clinici "costruiti" in modo da simulare una situazione reale di ambulatorio di medicina di famiglia, dove il candidato deve riconoscere e attuare le procedure *evidence based* studiate nei dossier. La principale criticità è rappresentata dalla scarsa adesione dei medici di famiglia alla proposta formativa; sino alla data di novembre 2010 solo 80 MMG si erano iscritti alla piattaforma FAD.

Per quanto riguarda gli effetti sulla salute delle ondate di calore, a seguito dell'eccesso di decessi dell'estate 2003, il Ministero della Salute ha promosso e finanziato una sperimentazione di programmi di prevenzione, destinati alla

² Regione Piemonte, ASL TO3. *Il rischio cardiovascolare e i medici di medicina generale in Piemonte*. Luglio 2008. http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/cuore/dwd/rapluglio_08.pdf

popolazione ultra-settantacinquenne sola e con pregressi ricoveri per patologie associate a decesso da esposizione a temperature estreme e/o presenza di forte riduzione dell'autonomia funzionale. Sulla base dei risultati della sperimentazione, il Ministero ha emanato delle Linee Guida di comportamento per prevenire gli effetti delle ondate di calore sulla salute. Diverse regioni, fra cui il Piemonte, hanno attivato complesse procedure per l'individuazione della popolazione maggiormente suscettibile agli effetti avversi del calore e, conseguentemente, l'attivazione di sistemi di intervento per ridurre i rischi di morte. Questi sistemi si basano, in sintesi, sull'identificazione attraverso *record-linkage* fra fonti informative sanitarie e demografiche di popolazioni "fragili", caratterizzate dall'età superiore a 75 anni, da un'anamnesi di precedenti ricoveri ospedalieri o dall'assunzione contemporanea di un numero elevato di farmaci predittivi di alcune condizioni morbose che aumentano il rischio di decesso da caldo. Queste liste di soggetti "fragili" vengono realizzate ogni anno all'inizio dell'estate, a cura del Servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3, e consegnate agli operatori dei distretti sanitari della Regione affinché, in collaborazione con i medici di famiglia, vengano attivate specifiche misure preventive. Le principali criticità consistono nell'ancora imperfetta definizione dei criteri di individuazione dei soggetti fragili, nell'assenza di una loro robusta validazione e nella mancata verifica dell'impatto del sistema di prevenzione e delle sue componenti; questo richiede sia una revisione dei fattori di classificazione e conseguente nuova validazione da parte dei MMG, sia una valutazione dell'impatto degli interventi attivati negli ultimi anni sui soggetti fragili.

Azioni di contrasto alle disuguaglianze

L'ambulatorio del medico di famiglia costituisce il *setting* ideale per azioni di contrasto alle disuguaglianze di salute. È dimostrato che i soggetti in posizione sociale più svantaggiata usufruiscono maggiormente del medico di famiglia rispetto ad altre fasce di popolazione, anche a parità di condizioni di salute. È stato anche dimostrato che la ricerca attiva dei soggetti a rischio cardiovascolare (medicina di iniziativa), oltre a migliorare gli esiti a distanza, è anche in grado di ridurre le differenze sociali negli esiti stessi. Il ruolo di tutela dell'equità nella salute esercitabile dai MMG è quindi essenziale, sia nel caso del riconoscimento (e trattamento) precoce di condizioni di aumentato rischio (applicazione delle carte e del punteggio di rischi cardiovascolare), sia nel riconoscimento e nella presa in carico di soggetti ad elevata fragilità clinica e sociale (prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore).

Obiettivi generali di salute

Gli obiettivi generali nell'ambito della valutazione del rischio individuale di malattia riguardano:

- la riduzione della prevalenza di soggetti ad alto rischio cardiovascolare, attraverso l'incremento del numero di soggetti con punteggio del rischio cardiovascolare noto;
- il miglioramento della prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore, attraverso una ridefinizione degli algoritmi per l'individuazione, attraverso sistemi informativi correnti, dei soggetti suscettibili.

Linee strategiche

Carte del rischio

Si tratta di proseguire con le attività di formazione dei medici di medicina generale già avviate nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007. Nel corso del 2010-2012 dovranno essere confermati percorsi di formazione a distanza (FAD) sui temi della prevenzione del rischio cardiovascolare. Questi dovranno essere eventualmente aggiornati alla luce delle nuove evidenze che si sono consolidate negli ultimi anni e dovrà essere valutata la possibilità di integrare i percorsi formativi attualmente disponibili con nuovi percorsi. Di particolare rilevanza è la necessità di migliorare, tra i MMG, la conoscenza di questi strumenti di formazione a distanza che appaiono ancora sottoutilizzati, attraverso un maggiore coinvolgimento delle ASL della Regione.

Prevenzione effetti ondate di calore

Con il coordinamento della Direzione Sanità dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte dovrà essere garantita continuità e stabilità alle azioni di prevenzione, messe a regime dal 2005 attraverso il monitoraggio "attivo" della popolazione anziana "fragile". Il programma articolato di interventi per la riduzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore, e la sua estensione all'intero territorio regionale, richiedono un forte coinvolgimento dei Distretti delle ASL, dei medici di medicina generale e dei Servizi socio-assistenziali del territorio e un ruolo attivo dell'ARPA.

Monitoraggio

Il sistema di sorveglianza PASSI permette il monitoraggio della distribuzione geografica e sociale di alcuni comportamenti a rischio per malattie cardiovascolari nonché la frequenza nell'uso delle carte del rischio. I principali sistemi informativi correnti consentono di monitorare gli esiti a distanza degli interventi di prevenzione messi in atto, sia nel caso degli eventi cardiovascolari sia degli eventi correlati all'esposizione alle ondate di calore. Con questi strumenti, sarà dunque possibile monitorare l'avanzamento dei progetti e il livello di raggiungimento degli obiettivi.

2. Stili di vita

Elementi di responsabilità sociale

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.

Elementi di novità

- Integrazione nella programmazione e gestione degli interventi sugli stili di vita da parte dei diversi attori.
- Promozione della ricerca attiva dei comportamenti a rischio e sostegno all'assunzione di stili di vita salutari da parte di medici di famiglia, pediatri di libera scelta e dei Servizi territoriali e ospedalieri nella propria popolazione di riferimento.

Strumenti di governo

- Produzione partecipata di linee di indirizzo operative costruite a partire dalle evidenze per interventi multilivello che affrontino in maniera integrata l'approccio agli stili di vita sia a livello individuale sia di popolazione, permettendo di compiere la transizione dalla condizione di progetto alla condizione di messa a sistema degli interventi di prevenzione e promozione della salute.
- Definizione di percorsi, sulla stregua dei PDTA, orientati all'individuazione e modificazione dei comportamenti a rischio e all'assunzione di stili di vita salutari, che fissino azioni e impegni di tutti gli attori (medici di famiglia, pediatri, Servizi territoriali e ospedalieri, servizi socio-assistenziali e altre agenzie territoriali) e definiscano a livello di ASL le interrelazioni fra interventi individuali/ gruppi a rischio e interventi di setting e di popolazione.
- Disegno e realizzazione di un piano di comunicazione che ai diversi livelli, regionale e locale, offra un'immagine coordinata e sostenga tutte le azioni.

Monitoraggio e valutazione

L'inclusione delle attività previste dal Piano all'interno della programmazione regionale e di ASL determinerà un'attribuzione a questi livelli di compiti di verifica e monitoraggio. L'utilizzo delle informazioni sui determinanti e rischi comportamentali, derivanti dai sistemi di sorveglianza attivati in Piemonte, contribuirà alla valutazione di efficacia degli interventi adottati, integrando i sistemi di valutazione specifici previsti dalle singole azioni di Piano.

Dimensione epidemiologica

“Per stile di vita s'intende (OMS, 1998) un modo di vivere fondato su modelli comportamentali riconoscibili, determinati a loro volta dall'interazione fra caratteristiche personali del singolo, relazioni sociali e socio-economiche nonché condizioni di vita ambientali”¹.

¹ I modelli comportamentali di un individuo non sono rigidi bensì soggetti a mutamento. Gli stili di vita individuali possono influenzare la salute tanto del singolo che della collettività. Se per migliorare la salute è necessario che gli individui modifichino il proprio stile di vita, è opportuno agire non solo sul singolo bensì sulle condizioni di vita e le condizioni sociali. Da sottolineare che non vi è alcuno stile di vita “ottimale”. Cultura, reddito, struttura familiare, età, prestazioni fisiche,

Gli effetti sulla salute degli stili di vita sono ben noti e, pur non essendo questa la sede per una dettagliata descrizione, è utile ricordare che secondo l'OMS, in Europa, l'86% dei decessi e il 77% degli anni di vita in buona salute persi sono provocati da patologie croniche che hanno in comune fattori di rischio modificabili; si tratta di fattori che, a loro volta, possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, glicemia elevata, sovrappeso e obesità. Inoltre, i gruppi sociali economicamente e socialmente svantaggiati sono maggiormente esposti a stili di vita dannosi per la salute. Sempre l'OMS identifica sette principali fattori di rischio, direttamente o indirettamente riferiti allo stile di vita (tabagismo, ipertensione arteriosa, alcol, eccesso di colesterolo, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, inattività fisica), quali responsabili del 60% della perdita di anni in buona salute in Italia e in Europa. Si tratta di fattori di rischio causati da comportamenti assunti solo in parte sulla base di scelte individuali, dal momento che l'ambiente fisico e sociale esercita una forte pressione facilitando l'adozione di stili di vita nocivi (o protettivi) per la salute. Si ha dunque ormai la consapevolezza che cattiva alimentazione, abuso di alcol, ricorso a sostanze stupefacenti, fumo di tabacco, inattività fisica non sono distinti comportamenti ascrivibili soltanto alla sfera delle scelte e della responsabilità individuale, e che occorre riconcettualizzare lo stile di vita in senso collettivo, come correlazione (nelle sue diverse espressioni) tra condizioni e pratiche sociali delle persone (Frohlic *et al.*, 2001), che certamente riguardano i modelli comportamentali relativi all'alimentazione e all'attività fisica, alla dipendenza da sostanze (fumo, alcol, droghe, ecc.), ma anche i comportamenti di guida e quelli relativi alla sfera della sessualità, alla salute mentale e i modelli di consumo, in particolare l'uso dell'energia e del territorio: una costellazione di *pattern* legati a un sistema comune di determinanti relativi alle caratteristiche individuali e di contesto socio-economico.

La possibilità di descrizione epidemiologica dei più comuni stili di vita correlati alla salute nella popolazione italiana e piemontese è principalmente legata ai dati delle indagini campionarie ISTAT sulla salute (l'ultima delle quali condotta nel 2005) e dal sistema di sorveglianza PASSI attivato da pochi anni dall'Istituto Superiore di Sanità. Sulla base delle informazioni derivanti da queste due fonti informative è possibile descrivere la distribuzione in Piemonte dei principali stili di vita e trarre alcune indicazioni per l'identificazione di obiettivi di prevenzione. È importante ribadire che, nonostante la frequenza dei più comuni fattori di rischio venga comunemente riportata per singolo fattore, questi, nella realtà, tendono ad aggregarsi nei singoli individui (per esempio, i forti bevitori di alcol sono anche fumatori) portando a uno "stile di vita" caratterizzato dall'accumularsi (spesso in modo moltiplicativo) dei diversi rischi individuali.

Si affronteranno in questa sede i quattro temi strategici (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica) presi in considerazione dal Programma "Guadagnare Salute" promosso dal Ministero della Salute² e il tema del consumo di droghe.

Abitudine al fumo

Anche se, in generale, la percentuale di fumatori sta progressivamente riducendosi, sono circa 825.000 i fumatori con più di 14 anni in Piemonte; oltre un uomo su quattro e una donna su sei (valori simili a quelli medi italiani) fuma e la frequenza di "forti fumatori", cioè fumatori di oltre 20 sigarette al giorno, è maggiore tra gli uomini (40%) che tra le donne (20%). L'abitudine al fumo, anche solo in forma occasionale, inizia presto: il 15%

ambiente abitativo e lavorativo fanno apparire determinati modi e condizioni di vivere più allettanti, realizzabili e adeguati (WHO, *Glossario per la promozione della salute*).

² DPCM 4 maggio 2007.

dei quindicenni di entrambi i sessi dichiara di fumare ogni giorno e tra i 14 e i 24 anni il 25% dei ragazzi e il 17% delle ragazze è fumatore. Una persona su cinque ha smesso di fumare e nell'ultimo anno un fumatore su tre ha tentato di smettere senza successo. L'abitudine al fumo presenta importanti differenze socioeconomiche: gli uomini con titolo di studio basso e le donne con alta scolarità sono i gruppi maggiormente esposti, anche se, nel caso delle donne, il quadro si sta rapidamente evolvendo e dati recenti (PASSI) sembrano indicare come, almeno in Piemonte, le donne abbiano assunto un comportamento simile a quello degli uomini. Tra gli uomini anche una condizione di basso reddito si correla a una maggiore frequenza di fumatori.

L'attenzione al problema da parte degli operatori sanitari è discreta (circa due terzi dei fumatori dichiara di essere stato interpellato sulla propria abitudine al fumo), ma un fumatore su tre riferisce di non aver ricevuto il consiglio di smettere.

Consumo di alcol

Il consumo di alcol è diffuso in Piemonte (oltre la media italiana), soprattutto fra gli uomini (80% rispetto al 50% delle donne). Tra il 5 e il 10% della popolazione può essere considerato come "bevitore a rischio", in quanto forte bevitore, o consumatore abituale di alcolici fuori pasto o, ancora, consumatore almeno una volta al mese di oltre 6 unità alcoliche in una sola occasione (cosiddetti bevitori *binge*), una condizione, questa, più frequente nei giovani. Tra i 18 e i 24 anni il consumo di alcol avviene prevalentemente nel fine settimana e le modalità "a rischio" sono particolarmente frequenti: un giovane su tre beve fuori pasto e uno su dieci è un bevitore *binge*; anche tra i giovani, il fenomeno è più diffuso nei maschi rispetto alle femmine.

L'attitudine a informarsi sul consumo di alcol dei propri assistiti da parte degli operatori sanitari non è molto diffusa: si riscontra in meno di un caso su quattro.

Attività fisica nel tempo libero e sul lavoro

L'abitudine a praticare attività fisica durante il tempo libero è significativamente più elevata che nel resto dell'Italia. Quasi i due terzi degli uomini e oltre la metà delle donne svolgono qualche forma di attività fisica (pur a livelli differenti di intensità) nel proprio tempo libero. Come atteso, questa percentuale diminuisce con l'avanzare dell'età e si accompagna a un aumento delle differenze fra i sessi: sono soprattutto le donne a interrompere precocemente la propria attività fisica. Il livello di scolarità ha un'importante influenza: sia tra gli uomini sia tra le donne la probabilità di svolgere attività fisica nel tempo libero è doppia tra chi ha un titolo di studio elevato rispetto a chi ha un titolo di studio basso, molto verosimilmente a causa della differente disponibilità economica correlata alla scolarità. Se oltre all'attività fisica nel tempo libero si considera anche l'attività fisica svolta nel corso della propria attività lavorativa quotidiana (incluso il lavoro domestico) la situazione complessiva non cambia: aumenta la percentuale di soggetti fisicamente attivi, ma non cambia la distribuzione per età, mentre si riduce leggermente il gradiente sociale, dal momento che le persone con bassi livelli di istruzione e reddito svolgono più frequentemente attività lavorative che implicano attività fisica.

Complessivamente, in Piemonte, solo un adulto su tre svolge attività fisica ai livelli raccomandati dalle linee guida e i sedentari, anche se meno numerosi che nel resto d'Italia, sono circa uno su quattro e in aumento.

La percezione della quantità di attività fisica praticata non è sempre corretta: circa una persona sedentaria su quattro e una "parzialmente attiva" su due ritiene di muoversi a sufficienza.

Gli operatori sanitari si informano e consigliano di svolgere attività fisica regolare solo in una persona su tre.

Peso corporeo e alimentazione

L'eccesso di peso può essere il risultato della combinazione di diversi determinanti di tipo genetico, comportamentale e ambientale, in particolare un'assunzione di grassi e zuccheri superiore all'effettivo fabbisogno, associata a uno stile di vita sedentario. In tutti i paesi occidentali (e non solo) sovrappeso e obesità rappresentano uno dei principali problemi di sanità pubblica, a causa della continua crescita del numero di persone con alterazioni del peso corporeo, anche in età infantile. In Piemonte oltre 1.160.000 persone con più di 18 anni sono sovrappeso (il 40% degli uomini e il 25% delle donne), mentre il numero di obesi è di circa 300.000, il 9,5% degli uomini e il 7% delle donne, valori inferiori rispetto a quelli del resto d'Italia. In entrambi i sessi la prevalenza aumenta notevolmente con il crescere dell'età.

Le caratteristiche sociali influenzano in misura rilevante l'obesità: sono le persone di bassa scolarità e con basso reddito a presentare più frequentemente eccessi ponderali, in particolare nel sesso femminile.

Il sovrappeso non sembra essere percepito come un rischio per la salute: tre persone su dieci sono aumentate di peso nell'ultimo anno e quattro su dieci non lo percepiscono come "troppo alto". Solo una persona su quattro in eccesso ponderale pratica una dieta (soprattutto le donne) e il ruolo dell'operatore sanitario, oltre che della percezione del proprio peso, è considerato importante.

Per quanto riguarda l'alimentazione, è noto il ruolo positivo del consumo di vegetali sulla salute. La totalità dei piemontesi dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, ma solo 1 persona su 10 rispetta le raccomandazioni internazionali di consumare almeno 5 porzioni al giorno; sono soprattutto le donne, le persone di scolarità elevata, senza difficoltà economiche e con oltre 50 anni di età a seguire questo modello nutrizionale.

Uso di droghe

Le survey scolastiche (ESPAD, HBSC) indicano che la frequenza di uso di alcune droghe (in particolare la cannabis) in adolescenza sia fra le più alte d'Europa, ma che non sia in aumento. Il rischio di sviluppare una dipendenza una volta sperimentata una droga è molto elevato.

Vi sono forti evidenze che il consumo di droghe sia associato all'uso di tabacco e all'abuso di alcol, e che queste due sostanze funzionino come *gateway drugs* nei confronti delle droghe illegali. Obiettivo della prevenzione dovrebbe quindi essere la riduzione della frequenza di sperimentazione dell'uso di sostanze durante l'adolescenza. I determinanti che si ipotizza abbiano un ruolo nella promozione della sperimentazione sono di due tipi:

- influenza sociale: la nostra società vive una forte ambiguità fra l'impianto proibizionistico delle norme formali e la sostanziale accettazione sociale dell'uso di alcune droghe in una larga parte della popolazione (norme informali). Uno dei fattori di normalizzazione è il bisogno di prestazione e la possibilità di migliorare le prestazioni con l'uso di sostanze, che sempre di più caratterizza l'immagine trasmessa dei media;
- fattori individuali: quelli coinvolti sono numerosi, con ruoli non ancora chiarissimi (dalle capacità di *decision making* alla *selfesteem*), ma si tende a sottolineare i fattori di *resilience* come quelli a cui devono mirare gli interventi.

In sintesi, il Piemonte presenta una frequenza di stili di vita "non sani" simile, e a volte anche migliore, rispetto alla media italiana (tranne il caso dell'alcol). Le persone in posizione sociale svantaggiata (per la bassa scolarità o il basso reddito), invece, rappresentano una fascia di popolazione particolarmente a rischio, così come gli adolescenti e i giovani.

Descrizione organizzativa in termini di competenze, programmi, eccellenze e criticità

Il tema dell'orientamento degli stili di vita in senso favorevole alla salute è da sempre al centro delle attività di educazione sanitaria e di promozione della salute in Piemonte. Dal 2004 la Regione Piemonte ha infatti avviato il Piano Promozione Salute Piemonte e il Piano Nutrizione Piemonte, poi confluiti nei Piani di Prevenzione (in particolare prevenzione cardiovascolare, obesità, incidenti stradali). Le competenze regionali fanno capo al Settore regionale Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva e nelle ASL attengono per il coordinamento, la metodologia e la gestione degli interventi di sorveglianza a più soggetti (SIAN, SeRT, RePES, Servizi territoriali).

Le attività in essere possono essere ricondotte a due ambiti: interventi di popolazione e interventi individuali, con soggetti sani o a rischio.

Fra gli *interventi di popolazione* si segnalano quelli che vedono come attori principali le ASL, attraverso progetti³ finanziati nel recente passato attraverso bandi regionali o linee di attività più o meno a regime di singoli servizi (prevenzione dipendenze, affettività e sessualità, ecc.), tra i quali sono riconoscibili "buone pratiche" da portare a sistema.

Altre linee di lavoro sugli stili di vita sono invece derivate dai Piani di Prevenzione, per esempio le attività di promozione dell'attività fisica in ambiente di lavoro⁴, cui è collegata anche la creazione fra tutte le ASL di una Rete per la promozione dell'attività fisica⁵ anche in contesti non lavorativi. Il Piano Regionale Anti-Tabacco 2007-2010 definisce le linee di lavoro per il contrasto al fumo di tabacco, anche attraverso l'attività di una Consulta con tutti i soggetti interessati. Azioni per la promozione di stili di vita sani attraverso politiche locali sono poi presenti nelle attività previste dai PePS attualmente in fase di redazione; infine l'ARESS con l'ASL CN2 ha avviato il "Parco della salute e dell'alimentazione" tra i cui obiettivi c'è la promozione di una nuova cultura alimentare consapevole della ricaduta delle scelte alimentari sullo stato di salute, in modo particolare nel settore della ristorazione collettiva.

Nello stesso tempo sono individuabili linee di intervento promosse da altri settori regionali, spesso non sufficientemente coordinate con le precedenti e fra loro (a titolo di esempio: agricoltura: educazione al gusto, fattorie didattiche; ambiente e ARPA: educazione ambientale; trasporti: piste ciclabili, sicurezza stradale; politiche sociali: osservatorio infanzia; cultura: nati per leggere; istruzione: educazione al consumo alimentare consapevole; sanità e agricoltura: filiera corta e ristorazione collettiva⁶, ecc.). Per quanto riguarda gli interventi educativi⁷, essi si sono concentrati prevalentemente nel settore scolastico, con il quale dal 2004 è attivo un rapporto di collaborazione

³ Reperibili sulla banca dati *ProSa*: www.dors.it/prosa/prosa.php

⁴ Il percorso rivolto agli ambienti di lavoro, realizzato nell'ambito del gruppo di lavoro regionale "Sorveglianza e prevenzione dell'obesità", è documentato nei report *Promozione della salute nei luoghi di lavoro. Alimentazione e attività motoria. Prove di efficacia e buone pratiche* e *Alimentazione e attività motoria. Un percorso di progettazione partecipata. L'esperienza Laboratorio*. Entrambi i documenti sono disponibili nell'area Focus Obesità del sito web DoRS.

⁵ Progetto CCM-Regione Emilia-Romagna "Promozione dell'attività fisica - Azioni per una vita in salute"; progetto CCM-Regione Veneto "Promozione dell'attività fisica e gruppi di cammino".

⁶ DGR n. 34-12300 del 5/10/2009.

⁷ Nell'ambito del gruppo di lavoro regionale "Sorveglianza e prevenzione dell'obesità", sono stati realizzati i report *Alimentazione e attività motoria nella scuola primaria. Attività e metodi per progettare interventi efficaci* e *Alimentazione e attività motoria nella scuola secondaria. Attività e metodi per progettare interventi efficaci*. Entrambi i documenti sono disponibili nell'area Focus Obesità del sito web DoRS.

interistituzionale tra l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità e l'Ufficio Scolastico Regionale, denominato "Scuola che promuove salute" (attualmente in fase di rinnovo e di estensione alla Direzione Cultura), che si traduce nella redazione congiunta annuale di linee guida per le attività di promozione della salute su priorità condivise, nella gestione di un portale dedicato⁸, nella realizzazione di azioni di formazione congiunta, nella predisposizione di strumenti di lavoro (griglie, profili, ecc.) e nella proposta di buone pratiche.

Gli *interventi a livello individuale* riguardano l'attività dei medici di famiglia, attraverso la sperimentazione di attività di medicina di iniziativa, che dovrebbero trovare compimento nei Gruppi delle Cure Primarie (GCP). Negli ultimi anni sono state realizzate in Piemonte alcune esperienze di medicina di iniziativa (in particolare nel campo delle malattie cardiovascolari: progetto PSP, Giano, PRAT...) che hanno evidenziato come la ricerca attiva di alcune condizioni morbose/di rischio (l'ipertensione arteriosa, l'abitudine al fumo) e l'attivazione di percorsi assistenziali secondo linee guida internazionali siano in grado di aumentare il riconoscimento precoce di condizioni di rischio, di migliorare la *compliance* al trattamento e di ridurre le differenze sociali negli esiti di salute.

Il contesto della medicina di famiglia si conferma come uno dei *setting* ottimali per la promozione individuale di comportamenti e stili di vita sani. Anche sulla base di queste esperienze, numerosi GCP recentemente avviati nelle Aziende Sanitarie Regionali hanno incluso nella loro sperimentazione l'avvio di ambulatori medici orientati alla prevenzione del rischio globale cardiovascolare. Anche l'attività dei pediatri di libera scelta si è sempre più caratterizzata in senso preventivo, per esempio attraverso i Bilanci di Salute e il progetto Genitori Più.

Accanto al ruolo dei MMG e pediatri di libera scelta nella promozione di comportamenti e stili di vita salutari, esiste poi tutta l'attività ospedaliera che nella maggior parte delle patologie croniche intercetta stili di vita e comportamenti scorretti come determinanti principali della patologia; non va dimenticato il ruolo dei Servizi territoriali che effettuano interventi di prevenzione individuale e di gruppo in soggetti a rischio, per alcune tematiche, quali alimentazione e attività fisica (SIAN), alcol e fumo (SeRT), prevenzione in gravidanza, adolescenza (consultori), promozione dell'attività fisica (Servizi di Medicina dello sport).

Molteplici sono poi le iniziative di ASL e ASO piemontesi riguardanti la modificazione degli stili di vita nel quadro del trattamento/prevenzione delle complicanze e/o recidive di malattie croniche (diabete, malattie cardiovascolari, ecc.) e oncologiche: il Progetto Obesità Piemonte ha sperimentato con i Servizi di Nutrizione Clinica un intervento di tipo informativo-educazionale rivolto ai soggetti affetti da obesità, mentre sportelli nutrizionali o ambulatori per interventi individuali e di gruppo sono stati attivati dai SIAN; centri per il trattamento del tabagismo sono presenti in quasi tutte le ASL, anche se in numero/volume di attività insufficienti e in alcuni casi con metodologie ancora non in linea con le linee guida regionali. Si segnalano poi ancora i gruppi di cammino e altre forme di promozione dell'attività fisica⁹, scuole di cucina e più in generale di educazione nutrizionale, trattamenti antitabagismo, ecc.; in alcuni casi tali iniziative sono ben documentate e offrono prove di efficacia convincenti. Il CPO sta conducendo nell'ambito del Piano Oncologico una ricerca sull'inserimento di attività di counseling sugli stili di vita negli appuntamenti di Prevenzione Serena.

⁸ www.salutiamoci.it

⁹ Nell'ambito del gruppo di lavoro regionale "Sorveglianza e prevenzione dell'obesità", è stato realizzato il report *Una comunità in movimento. Interventi efficaci per promuovere l'attività motoria nel contesto locale* disponibile nell'area Focus Obesità del sito web DoRS. È inoltre di prossima pubblicazione il report *Una comunità in movimento. Repertorio di strumenti per analisi e interventi sul territorio*.

Ricerca attiva dei comportamenti a rischio e sostegno all'assunzione di stili di vita salutari da parte dei medici e pediatri di base e dei Servizi territoriali e ospedalieri

Eccellenze

Nella ricognizione nazionale (progetto CCM coordinato da DoRS) effettuata nel 2008 sui progetti di promozione della salute negli adolescenti, circa il 50% dei 108 progetti piemontesi censiti sono stati riconosciuti come “buone pratiche” dal punto di vista progettuale: questo a conferma che le competenze metodologiche di progettazione e valutazione nella nostra Regione – oggetto di un importante intervento formativo negli anni passati – sono ormai da considerarsi di buon livello, in modo ragionevolmente diffuso a tutte le ASL. Nell’ambito del progetto nazionale “Promozione dell’attività fisica – Azioni per una vita in salute”, coordinato dall’Emilia Romagna su incarico del CCM, che vede partecipare 6 Regioni, DoRS e l’Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS, è stata tra l’altro effettuata nel 2008 una ricognizione dei progetti in atto sul territorio riferiti ai 4 fattori di rischio di “Guadagnare Salute”: su 330 esperienze raccolte, 17 sono piemontesi; un comitato tecnico-scientifico di Formez ha selezionato quelle riconoscibili come “buone pratiche”, catalogate e disponibili su una banca dati nazionale¹⁰.

Alcune linee di lavoro (segnatamente il progetto EUDAP, i gruppi di cammino, i percorsi per i gruppi a rischio – fumatori, obesi, cardiopatici ecc. –) hanno fornito sufficienti prove di efficacia e sono suscettibili di ampia applicazione.

Le attività di sorveglianza sono state attivate e messe a sistema in tutte le ASL. Sono state poste buone basi per avviare attività intersettoriali multilivello, in particolare con la scuola: in quasi tutte le ASL esiste un coordinamento dei progetti e interventi indirizzati alle scuole effettuato dal RePES.

Criticità

Di seguito si esaminano le principali criticità.

La prima riguarda la valorizzazione e integrazione dei sistemi di sorveglianza. I piani di prevenzione e più in generale le iniziative di progetto e di indirizzo del CCM hanno consentito di strutturare meglio nella nostra regione le funzioni di sorveglianza epidemiologica utilizzando i progetti nazionali OKkio alla Salute, HBSC e PASSI, che nelle diverse fasce di età descrivono alcuni importanti determinanti comportamentali e di contesto. L’informazione derivante da queste fonti non ha ancora maturato un livello di integrazione e di utilizzo tale da farne uno strumento per la definizione delle priorità e il monitoraggio dei risultati.

Un altro punto critico è lo scarso livello di integrazione degli interventi, che spesso si situano su percorsi paralleli, con grandi difficoltà ancora presenti nel lavoro di rete tra servizi e/o professioni diversi, oltre che tra ASL e territorio. I programmi di prevenzione su tematiche trasversali, quali gli stili di vita, anche quando ben strutturati (buona progettazione, chiarezza degli obiettivi, multidisciplinarietà, ecc.), faticano a trovare nelle ASL un’organizzazione “pronta” in grado di tradurre in azioni integrate gli obiettivi progettuali; la tradizionale ripartizione “disciplinare” dei Servizi delle ASL non risulta adeguata a perseguire obiettivi che superano i confini dei Servizi o del Dipartimento di Prevenzione. Questo problema esiste anche a livello regionale, dove il Settore Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva, riferimento nelle ASL per i Servizi Epidemiologia, Promozione della Salute, SIAN, SISP, SPReSAL, Medicina dello Sport, ha necessità di trovare modalità di programmazione integrata in primo luogo con il Settore Assistenza sanitaria territoriale, riferimento regionale per le attività consultoriali, i SeRT e i Distretti, ma anche con altri settori esterni alla sanità (ad esempio ambiente, assistenza, istruzione, agricoltura, associazioni di categoria).

Ricerca di
integrazione degli
interventi e
lavoro in rete

¹⁰ <http://win.aegov.com/survey/salute.asp>

Il coinvolgimento dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta sui temi della promozione della salute e della modificazione degli stili di vita è ancora episodico e legato alla adesione volontaria.

Persistono, poi, interventi non suffragati da prove di efficacia e attuati con metodologie inappropriate, in particolare con un “respiro” insufficiente, soprattutto in termini di intersettorialità e approccio trasversale.

Permane, infine, una certa difficoltà a uscire dalla episodicità degli interventi e a stabilizzare ruoli e funzioni: in questi anni si è molto lavorato per migliorare le competenze degli operatori, creare condizioni di integrazione, di lavoro in rete e per sviluppare la capacità di progettazione a livello di ASL. Non sempre queste buone condizioni di operatività hanno potuto esprimersi nella progettazione di azioni efficaci, spesso per un mancato collegamento con la programmazione settoriale che, saturando le risorse dei Servizi, ha lasciato poco spazio a tematiche e modalità di lavoro innovative.

Anche nell’ambito della prevenzione dell’uso di droghe, la Regione Piemonte non ha ancora una strategia di prevenzione formalizzata. Una conseguenza di tale mancanza è che vengono implementati a livello scolastico molti interventi di prevenzione privi di prove di efficacia.

Azioni di contrasto alle disuguaglianze

Stili di vita negativamente correlati alla salute tendono a presentarsi con maggiore frequenza nei gruppi sociali più svantaggiati, cioè a basso livello di scolarizzazione, con risorse economiche insoddisfacenti, o con lavoro precario, o immigrati. Tali condizioni frequentemente si associano, aumentando le situazioni di fragilità sociale, a esposizioni ambientali, occupazionali, psicosociali e comportamentali che mettono a rischio la salute.

Lo sviluppo del principio di eguaglianza nel sistema sanitario consente di mettere a fuoco tre ambiti in cui il corollario dell’equità può trovare concreta realizzazione: i risultati di salute in capo ai singoli soggetti, l’accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari, l’allocazione delle risorse e dei servizi secondo i bisogni.

La prima azione di contrasto alle disuguaglianze è la possibilità di riconoscere, documentare e seguire nel tempo le condizioni di salute nei diversi gruppi sociali. I sistemi informativi di monitoraggio degli stili di vita dovranno quindi migliorare le loro capacità descrittive della relazione tra abitudini comportamentali e caratteristiche sociali. Tale capacità è strumentale alla definizione di politiche di prevenzione in grado, nella loro programmazione operativa, di impattare sul problema. Politiche che prevedano interventi di popolazione per la promozione della salute e la riduzione dell’esposizione ai fattori di rischio che pongano attenzione ai gruppi e/o aree socialmente deprivati, ricercandone un’adeguata adesione all’intervento. Anche gli interventi educativi svolti in *setting* specifici, quali quelli per la promozione di stili di vita salubri nelle scuole, devono porre attenzione soprattutto ai ragazzi provenienti da famiglie socialmente deprivate o residenti in aree deprivate. Le metodologie di comunicazione dei messaggi di promozione della salute (così come di cura della malattia) vanno di conseguenza adattati alle capacità linguistiche, alle risorse educative e alle competenze culturali dei soggetti coinvolti.

La promozione della salute dei gruppi socialmente svantaggiati rende parallelamente necessaria una serie di interventi strutturali che facilitino stili di vita più idonei a un buono stato di salute, con un forte richiamo all’intersettorialità necessaria alla promozione di equità. Le politiche non sanitarie giocano quindi un ruolo di grande rilievo; ad esempio, una corretta alimentazione può essere favorita da un costo più contenuto dei prodotti più salubri o da interventi sull’etichettatura degli alimenti

Il principio di equità si concretizza nei risultati di salute individuali, nell’opportunità di accesso ai servizi e nell’allocazione delle risorse adeguata ai bisogni

stessi, in quanto spesso le etichette risultano incomprensibili a persone con bassi livelli di istruzione. Le politiche non sanitarie devono anche prevedere interventi ambientali favorevoli l'adozione di corretti stili di vita, per esempio garantendo strutture sportive e spazi verdi, in genere carenti nelle aree più deprivate. I PePS rappresentano una condizione privilegiata di sintesi tra politiche sanitarie e non sanitarie che tengano in conto azioni mirate alla riduzione delle disuguaglianze nell'adozione di stili di vita positivi.

Infine, per quanto riguarda le attività di prevenzione individuale, occorre ricordare il ruolo dell'accesso ai servizi nel mediare gli effetti delle disuguaglianze di esposizioni: l'accesso alla diagnosi e alle cure dei pazienti di tutti i gruppi sociali, ma soprattutto dei gruppi più fragili, avviene nella maggioranza dei casi attraverso il MMG. Il suo ruolo nel presidio dell'equità nei processi di cura è, dunque, essenziale; sia nel caso del precoce riconoscimento e "trattamento" di stili di vita non sani, sia nel caso di malattie croniche per le quali siano programmabili sistemi di presa in carico del paziente; specifici interventi proattivi, quali la medicina di iniziativa, possono tutelare l'equità nella salute. Andrà quindi favorita l'adozione di questi modelli di assistenza di base (secondo il principio del *disease management*), che si sono dimostrati efficaci nel ridurre le disuguaglianze nel riconoscimento e controllo di fattori di rischio.

Obiettivi generali di salute

Il presente Piano intende ridurre l'incidenza e la prevalenza delle patologie e delle condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari (malattie cardio-cerebrovascolari, tumori, diabete tipo II) attraverso la riduzione (o contenimento) della prevalenza di soggetti con stili di vita non sani (in specifico fumo, alimentazione, attività fisica, uso di droghe), con particolare attenzione ai soggetti socialmente fragili.

Saranno pertanto obiettivi del piano:

- ridurre la prevalenza di soggetti obesi, mantenendo lo scarto favorevole rispetto alla media italiana, con particolare riguardo alla fascia infantile;
- incrementare i consumi di frutta e verdura nella popolazione, con particolare riguardo alla fascia infantile e ai gruppi svantaggiati;
- incrementare l'attività motoria, con particolare riguardo alla fascia infantile, alle donne e alla popolazione anziana;
- ridurre la prevalenza di fumatori, con particolare riguardo ai giovani, alle donne e ai gruppi svantaggiati;
- ridurre la prevalenza di bevitori a rischio, con particolare riguardo ai giovani e ai gruppi svantaggiati;
- ridurre la frequenza di sperimentazione dell'uso di sostanze durante l'adolescenza.

Area degli interventi individuali

Azioni:

- percorsi di prevenzione integrati per i soggetti a rischio;
- realizzazione di attività di promozione della salute nel contesto della medicina di famiglia sia nell'ambito dei gruppi di cure primarie già avviati, sia negli altri contesti della medicina di famiglia attraverso strumenti quali counseling breve, "ricetta verde", utilizzo della carta del rischio cardiovascolare, gruppi di assistiti;
- messa a regime delle attività di assistenza e supporto alla disassuefazione al fumo di tabacco secondo le indicazioni delle linee guida regionali per la cessazione.

Gli interventi individuali punteranno su percorsi di prevenzione per soggetti a rischio e coinvolgimento della medicina di famiglia

Area degli interventi di comunità

Azioni:

- accordi quadro interistituzionali (sanità, agricoltura, commercio, ambiente, scuola, associazioni di categoria e di consumatori, mondo dello sport) e indirizzi normativi/sistemi incentivanti per l'attuazione di progetti intersettoriali volti a:
 - stimolare tutti gli ordini di scuola a investire nell'attività motoria durante l'orario scolastico;
 - stimolare le amministrazioni a migliorare l'ambiente urbano, in particolare nelle aree maggiormente deprivate, in modo da incentivare l'attività fisica;
 - favorire l'accesso a prodotti alimentari nutrizionalmente corretti attraverso politiche di contenimento dei prezzi e di distribuzione sul territorio;
- attivazione di specifici programmi sugli stili di vita all'interno dei PePS;
- consolidamento delle azioni relative alla valutazione dei menu e alla vigilanza nutrizionale nella ristorazione collettiva;
- miglioramento delle modalità di porzionatura e monitoraggio degli avanzi nella ristorazione scolastica;
- informazioni alla popolazione generale per l'incremento dei consumi di frutta e verdura nella popolazione generale;
- programmi di informazione e sensibilizzazione per i titolari pubblici e privati degli esercizi di ristorazione e mense aziendali a offrire scelte alimentari compatibili con una alimentazione sana;
- programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi inter-settoriali e multidisciplinari, sostenibili su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc.);
- vigilanza sul rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro e nei locali pubblici per il controllo del fumo passivo, con particolare riguardo alle ASR;
- rafforzamento delle conoscenze e capacità di scelta dei consumatori nel quadro della sicurezza alimentare (vedere punto 3 del presente capitolo);
- sul versante della prevenzione dell'uso di droghe, promozione degli interventi scolastici efficaci e riduzione di quelli senza prove di efficacia;
- nel medesimo ambito, identificazione e promozione di interventi famigliari mirati agli adolescenti a maggior rischio.

Linee strategiche

I sistemi di sorveglianza attualmente attivi debbono diventare un sistema integrato e coordinato in grado di assistere la programmazione delle attività di prevenzione sia a livello regionale sia di ASL. A questo scopo si istituirà una rete di riferimento, costituita da operatori opportunamente formati, per migliorare l'analisi dei dati e la progettazione di azioni coerenti con le priorità individuate.

La programmazione regionale dovrà ricercare una preventiva integrazione tra i suoi diversi Settori individuando forme di collaborazione per obiettivi comuni e integrazioni funzionali a livello territoriale attraverso il recepimento degli obiettivi del Piano regionale della prevenzione nella programmazione specifica dei diversi settori della sanità e la definizione di accordi quadro interistituzionali per la promozione di politiche per la salute. Il Coordinamento operativo della prevenzione e le Direzioni Integrate della Prevenzione supporteranno la programmazione dei Settori regionali e dei Servizi territoriali sia a livello regionale sia a livello di ASL.

Nelle ASL sarà necessario riorientare le azioni, a partire da quelle connesse con il programma "Guadagnare salute" e la sua strategia di rendere facili e attraenti i

Gli interventi di comunità includeranno accordi-quadro, programmi mirati nei PePS, nella ristorazione collettiva e per la promozione dell'attività fisica

Ricerca di integrazione tra Settori nella programmazione regionale

comportamenti orientati al benessere, creando le necessarie sinergie fra gli interventi individuali (in primis quelli nell'ambito della medicina e pediatria di famiglia), gli interventi di *setting* (scuola, ambiente di lavoro, comunità) e quelli di promozione di politiche "salutari", in ogni caso selezionati fra quelli di dimostrata efficacia.

Verranno garantite proposte formative coerenti con la programmazione regionale/aziendale, finalizzate all'attuazione e al miglioramento delle azioni previste dal Piano; verranno selezionati esempi di buone pratiche, prodotte linee di indirizzo per la loro diffusione e definiti obiettivi specifici per la loro attuazione. Occorrerà puntare su accordi quadro interistituzionali (sanità, agricoltura, commercio, ambiente, scuola, associazioni di categoria e di consumatori) e, quando possibile, su indirizzi normativi o linee guida che creino condizioni di lavoro più semplici per l'attuazione di progetti intersettoriali di promozione della salute a livello territoriale.

Saranno ridefiniti con chiarezza ruoli e compiti delle ASL all'interno del processo di realizzazione dei PePS in modo che questo strumento di attivazione di politiche per la salute trovi nei diversi territori un sistema sanitario in grado di supportare in maniera omogenea e con criteri condivisi i profili di salute, consentendo comparazioni territoriali utili a evidenziare priorità, eccellenze e criticità, di stimolo per i decisori politici.

La costruzione di profili di salute dovrebbe essere proposta e supportata anche in *setting* privilegiati per la promozione della salute quali le scuole o i luoghi di lavoro, a cominciare dalle strutture sanitarie ASL e ASO.

Verranno avviati nelle ASL, anche con il supporto di precisi indirizzi regionali, progetti integrati di prevenzione in grado di valutare e caratterizzare comportamenti e stili di vita non salutari nel maggior numero possibile di soggetti a rischio supportandoli nella modifica del loro stile di vita attraverso percorsi di prevenzione integrati.

Il contrasto dei determinanti che si ipotizza abbiano un ruolo nel promuovere la sperimentazione di sostanze (v. aspetti epidemiologici) può avvenire a due livelli:

- con interventi di contesto, tesi a ridurre l'accettazione sociale dell'uso di droghe (target sono in particolare i mass media, i personaggi di riferimenti della scuola, della famiglia, del sistema sanitario inclusi gli operatori SerT);
- con interventi diretti sugli adolescenti e sulle famiglie al fine di rinforzare i fattori di *resilience*.

Monitoraggio

I sistemi di sorveglianza attualmente disponibili (PASSI, indagini ISTAT, HBSC, OKkio alla Salute) permettono di monitorare la distribuzione geografica e sociale dei principali stili di vita all'interno della popolazione piemontese. I risultati delle attività di prevenzione degli stili di vita nocivi alla salute e di promozione di stili di vita "sani" potranno essere valutati osservando l'evoluzione nel tempo della loro frequenza, che dovrà tendere, a seconda dei casi, a ridursi o a non aumentare, così come dovranno tendere a ridursi le differenze geografiche e sociali. Ai sistemi di sorveglianza potranno affiancarsi valutazioni sugli esiti a distanza delle politiche di prevenzione, utilizzando quei sistemi informativi correnti in grado di rilevare eventi negativi di salute (ricoveri e mortalità) per cause correlabili a stili di vita.

Diffondere
esempi di buone
pratiche
mediante linee
guida

Obiettivo generale di salute

Prevenzione delle patologie e delle condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari

Azioni	Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
Gestione integrata delle informazioni sui determinanti e rischi comportamentali per la salute derivanti dai sistemi di sorveglianza	<p>Attivazione di un gruppo regionale per l'analisi, l'integrazione e la valorizzazione delle informazioni derivanti dai principali sistemi di sorveglianza attivati in Regione (OKkio alla Salute, HBSC, PASSI e altre fonti informative)</p> <p>Produzione di report regionali e strumenti per la costruzione di report/opuscoli a livello di ASL sui principali fattori di rischio (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol)</p> <p>Formazione degli operatori delle ASL per il miglioramento delle competenze per l'analisi, la gestione e la comunicazione</p> <p>Consolidamento e coordinamento dei sistemi di sorveglianza attivati e definizione dell'organizzazione per PASSI d'Argento¹¹</p>	<p>Costituzione di un gruppo di lavoro per produrre, gestire in maniera integrata e rendere disponibili le informazioni derivanti dai principali sistemi di sorveglianza attivati in Regione (OKkio alla Salute, HBSC, PASSI e altre fonti informative)</p> <p>Produzione di report/opuscoli aziendali sui principali fattori di rischio comportamentali (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol)</p> <p>Organizzare le informazioni per la costruzione dei profili di salute territoriali e la definizione delle priorità per la programmazione di interventi sanitari, ambientali e sociali e per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi realizzati</p> <p>Miglioramento delle attività di comunicazione</p>
Coordinamento delle funzioni di programmazione e per la gestione e valutazione degli interventi	<p>Valutazione da parte del CORP della coerenza tra programmazione dei Settori regionali e obiettivi del Piano regionale di prevenzione</p> <p>Assegnazione alle Direzioni Aziendali e alle Direzioni Integrate della Prevenzione delle ASL di indirizzi per la gestione integrata degli obiettivi non settoriali</p>	<p>Attivazione da parte della Direzione Integrata della Prevenzione di gruppi di progetto o di coordinamento per la gestione delle azioni intersettoriali, assegnazione di obiettivi specifici ai Servizi coinvolti per le azioni di sostegno</p>
Integrazione nella programmazione e gestione degli interventi sugli stili di vita da parte dei diversi attori	<p>Integrazione tra i diversi Settori individuando forme di collaborazione per obiettivi comuni</p> <p>Produzione partecipata di linee di indirizzo operative costruite a partire dalle evidenze per interventi multilivello che affrontino in maniera integrata l'approccio agli stili di vita, sia a livello individuale sia di popolazione, per consentire la transizione dalla condizione di progetto alla condizione di messa a sistema degli interventi di prevenzione e promozione della salute</p> <p>Piano di comunicazione che ai diversi livelli, regionale e locale, offra un'immagine coordinata e sostenga tutte le azioni</p>	<p>Definizione di percorsi, sulla stregua dei PDTA, orientati alla individuazione e modificazione dei comportamenti a rischio e alla assunzione di stili di vita salutari che fissino azioni e impegni di tutti gli attori (medici di famiglia, pediatri, Servizi territoriali e ospedalieri, socio-assistenziali e altre agenzie territoriali) e definiscano a livello di ASL le interrelazioni tra interventi individuali/gruppi a rischio e interventi di setting e di popolazione</p>

¹¹ Sistema di sorveglianza per la popolazione con oltre 65 anni.

<p>Promozione della ricerca attiva dei comportamenti a rischio e sostegno all'assunzione di stili di vita salutari da parte dei medici di medicina generale, pediatri di base e Servizi territoriali e ospedalieri nella propria popolazione di riferimento</p>	<p>Promozione e facilitazione delle attività di medicina di iniziativa nell'ambito della medicina di famiglia, con particolare riferimento alle esperienze dei gruppi di cure primarie</p> <p>Promozione di attività di formazione (anche a distanza) indirizzate al corretto riconoscimento e "trattamento" dei soggetti a rischio</p>	<p>Realizzazione di attività di promozione della salute nel contesto della medicina di famiglia sia nell'ambito dei gruppi di cure primarie già avviati, sia negli altri contesti della medicina di famiglia, attraverso strumenti quali counseling breve, "ricetta verde", carta del rischio cardiovascolare, gruppi di assistiti</p>
<p>Interventi di promozione della salute inerenti gli stili di vita nel <i>setting</i> scuola</p>	<p>Nell'ambito dell'accordo interistituzionale "Scuola che promuove salute" (Direzione Sanità, Ufficio Scolastico Regionale, Direzione Cultura), attuazione delle linee guida per le attività di promozione della salute su priorità condivise, mediante indirizzi per la gestione di un portale dedicato (Salutiamoci.it), la realizzazione di azioni di formazione congiunta, la predisposizione di strumenti di lavoro (griglie, profili, ecc.), la proposta di repertori di buone pratiche per la sperimentazione locale</p>	<p>Coordinamento degli interventi di promozione della salute sui principali determinanti comportamentali (alimentazione attività fisica, alcol, fumo) privilegiando approcci integrati anche per le attività di formazione e la comunicazione (insegnanti, genitori)</p> <p>Supporto alla costruzione di profili di salute delle scuole e all'applicazione di griglie per l'attuazione di buone pratiche</p>

Interventi tematici

Obiettivo: riduzione (o contenimento) della prevalenza di soggetti con stili di vita non sani (fumo, alimentazione, attività fisica), con particolare attenzione ai soggetti socialmente fragili

Azioni	Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
Alimentazione	<p>Accordi quadro interistituzionali (sanità, agricoltura, commercio, ambiente, scuola) e indirizzi normativi/ sistemi incentivanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per l'applicazione delle linee di indirizzo regionali per il miglioramento dell'offerta alimentare nella ristorazione collettiva (scolastica assistenziale, ospedaliera), nella ristorazione pubblica e nella distribuzione • per il miglioramento della disponibilità e accessibilità a cibi sani tra i gruppi sociali più poveri • per il miglioramento dello stato nutrizionale dei bambini e delle madri nelle aree e nei gruppi più deprivati 	<p>Attuazione degli obiettivi della programmazione specifica in relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • attuazione delle azioni previste dai sistemi di sorveglianza • consolidamento delle azioni relative alla valutazione dei menu, alla vigilanza nutrizionale e ai controlli di sicurezza alimentare nella ristorazione collettiva • miglioramento delle modalità di porzionatura e monitoraggio degli avanzi nella ristorazione scolastica • attivazione in tutte le ASL di sportelli nutrizionali/ambulatori per interventi individuali e di gruppo • informazioni alla popolazione generale per l'incremento dei consumi di frutta e verdura nella popolazione generale <p>Programmi di informazione e sensibilizzazione per i titolari pubblici e privati degli esercizi di ristorazione e mense aziendali a offrire scelte alimentari compatibili con una alimentazione sana</p>
Attività fisica	<p>Accordi quadro interistituzionali (sanità, agricoltura, commercio, ambiente, scuola) e indirizzi normativi/sistemi incentivanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per stimolare tutti gli ordini di scuola a investire nell'attività motoria durante l'orario scolastico • per stimolare le amministrazioni a migliorare l'ambiente urbano, in particolare nelle aree maggiormente deprivate, in modo da incentivare l'attività fisica 	<p>Programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc.)</p>

Alcol	<p>Il gruppo di lavoro per la stesura del progetto regionale di prevenzione e contrasto all'uso e abuso di alcol e delle patologie alcol-correlate¹² svolge le seguenti attività: analisi del problema, elaborazione di proposte e di raccomandazioni per la pratica e l'organizzazione dei servizi, elaborazione di proposte di linee di indirizzo per l'attività clinica, mappatura dei molteplici servizi sanitari che trattano le problematiche relative alle patologie alcol-correlate e proposta di stesura del Piano regionale di prevenzione e contrasto all'uso e abuso di alcol e delle patologie alcol-correlate, con individuazione delle azioni programmatiche necessarie</p>	<p>Collaborazione alle attività del gruppo nella fase di analisi e mappatura Applicazione delle proposte e raccomandazioni individuate nel Piano regionale di prevenzione e contrasto all'uso e abuso di alcol e delle patologie alcol-correlate</p>
Fumo	<p>Attuazione del Piano Regionale Antitabacco (PRAT) 2008-2012 <i>Piemonte libero dal fumo</i> nei suoi programmi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti • assistenza e supporto alla disassuefazione • controllo del fumo passivo - Luoghi di lavoro liberi dal fumo • controllo del fumo passivo - Ospedali e Servizi sanitari senza fumo 	<p>Attuazione del PRAT Costituzione di un coordinamento aziendale con il compito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantire un'interfaccia strategico-operativa tra livello regionale e livello periferico • favorire l'elaborazione progettuale condivisa di proposte per il livello regionale • facilitare la sperimentazione di percorsi innovativi • garantire processi integrativi con altre strategie locali di prevenzione • contribuire ai livelli di pianificazione locale della prevenzione e della promozione della salute fondati sulla corresponsabilità e la partecipazione • contribuire alle fasi di valutazione e monitoraggio del programma regionale
Tossicodipendenze	<p>Identificazione degli interventi scolastici dotati di prove di efficacia Costruzione di un sistema di disseminazione Selezione di strategie di prevenzione che coinvolgano la famiglia di giovani a rischio Costruzione di un sistema di assicurazione di qualità Costruzione di un sistema di monitoraggio e valutazione del programma regionale Collaborare alla progettazione e valutazione di percorsi innovativi</p>	<p>Garantire un'interfaccia strategico-operativa tra livello regionale e livello periferico Favorire l'elaborazione progettuale condivisa di proposte per il livello regionale Promuovere la disseminazione degli interventi identificati al livello regionale Facilitare la sperimentazione di percorsi innovativi Garantire processi integrativi con altre strategie locali di prevenzione Contribuire ai livelli di pianificazione locale della prevenzione e della promozione della salute fondati sulla corresponsabilità e la partecipazione Contribuire alle fasi di valutazione e monitoraggio del programma regionale</p>

¹² Istituito in attuazione della DD n. 21 del 25/01/2007, con riferimento alla DD n. 449 del 30/11/2005 (Progetto regionale di prevenzione e contrasto all'uso e abuso di alcol e delle patologie alcol-correlate) e ai sensi delle DGR n. 43-2860 del 15/05/2006 e n. 57-3323 del 3/07/2006.

Bibliografia

- Area Focus Obesità del sito web DoRS: http://www.dors.it/el_focus.php?codf=04&focus=B
- Frohlic KL, Corin E, Potvin L. A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health and Illness* 2001; 23(6): 776-797.
- Regione Piemonte. *Piemonte libero dal fumo*. Piano Regionale Antitabacco 2008-2012. http://www.regione.piemonte.it/sanita/comunicati/dwd/p_antitabac.doc
- Regione Piemonte, DoRS, ASL TO3. *Guadagnare Salute in adolescenza: ricognizione delle esperienze di prevenzione e promozione della salute in Italia*. Report finale, agosto 2009. http://www.dors.it/public/ar3601/REPORT_progettoAdolescenti.pdf
- WHO. *Health Promotion Glossary*. Geneva, 1998. <http://www.dors.it/pag.php?idcm=2211>

3. Sicurezza alimentare

Elementi di responsabilità sociale

- Diritto del cittadino a un'alimentazione adeguata, completa ed esente da rischi.
- Migliore protezione della salute mediante una maggiore efficacia dell'azione di controllo e il rafforzamento della responsabilizzazione dei produttori di alimenti.
- Trasparenza dell'informazione e della comunicazione anche in risposta alle crisi e condizioni di perdita di fiducia.
- Un sistema di garanzia della sicurezza degli alimenti in cui sono documentati i controlli, programmati ed eseguiti, e i loro risultati, che sono messi a disposizione dei consumatori e dei produttori attraverso metodi di partecipazione e integrazione.

Obiettivi innovativi

- Servizi di informazione per il cittadino in materia di salute alimentare.
- Sostegno alla microimpresa e alle piccole produzioni locali anche mediante pubblicazione di buone pratiche condivise per la produzione responsabile di alimenti sani e salubri.
- Attività di ricerca e approfondimento per la valutazione dei rischi alimentari.
- Politiche di promozione della qualità sanitaria ed ecologica delle produzioni, attuate con il concorso delle amministrazioni pubbliche e di associazioni ed enti interessati.
- Miglioramento della qualità e certificazione dei servizi e laboratori di controllo degli alimenti e degli animali produttori.

Metodi innovativi

- Creazione di una rete di contatto con i cittadini e i produttori (punti informativi, sportelli) per una corretta e sistematica informazione e per la raccolta di richieste e segnalazioni.
- Attivazione di gruppi di lavoro (anche con il contributo delle associazioni di categoria e di altre istituzioni interessate) per la produzione e divulgazione di linee guida.
- Accordi quadro nell'ambito di politiche per la salute in accordo con i PEPS.
- Audit per la verifica del miglioramento della qualità dei Servizi e del sistema di controlli.

Strumenti di governo e valutazione

- Individuazione di obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL.
- Attribuzione di compiti di verifica e controllo per i livelli regionale e locale.

Dimensione epidemiologica

La garanzia di assenza di pericoli collegati agli alimenti, nota come sicurezza alimentare, rappresenta uno degli obiettivi sanitari della prevenzione meglio identificati e definiti nelle attività collegate, nell'ambito delle politiche sanitarie europee. I programmi di sicurezza alimentare sono pertanto uno strumento completo di responsabilizzazione dei produttori, di leale concorrenza negli scambi, di garanzia per i consumatori e di mantenimento della fiducia nel sistema degli approvvigionamenti alimentari. Sono basati sulle procedure della valutazione del rischio per individuare correttamente i pericoli, le priorità di intervento, la graduazione delle misure affidate all'impresa (incluso l'autocontrollo) o applicate come controlli pubblici ufficiali. La sicurezza alimentare nella sua definizione comunitaria comprende la salute e il benessere degli animali, e il controllo degli alimenti per l'uomo e per gli animali, secondo una concezione che incorpora il controllo di filiera in ogni fase, sin dalla produzione primaria e fino al consumo, senza escludere la sorveglianza sugli effetti

per la salute determinati dal consumo degli alimenti (sorveglianza sulle zoonosi e sulle malattie trasmesse da alimenti).

I dati epidemiologici confermano infatti l'importanza degli obiettivi di controllo del rischio microbiologico negli alimenti: nel report comunitario 2007, relativo all'andamento delle zoonosi, della resistenza batterica e delle epidemie alimentari nell'anno 2006, l'UE segnala complessivamente oltre 360.000 casi di infezioni zoonotiche trasmesse con gli alimenti, di cui 160.649, pari a 34,6 ogni 100.000 abitanti, di salmonellosi. I focolai di diffusione epidemica accertati, dovuti a patogeni presenti nei cibi, sono stati 5710 con il coinvolgimento di 53.568 persone. Della sicurezza alimentare fanno inoltre parte i piani di controllo sulla salute degli animali produttori, strettamente disciplinati dall'Unione Europea per le patologie infettive soggette alla regolamentazione internazionale dell'OIE (Office International des Epizooties): il mantenimento dei requisiti sanitari degli allevamenti evita la diffusione di malattie che generano emergenza, possono causare danni gravi alle produzioni e generare drastiche alterazioni ai circuiti di produzione e commercializzazione degli alimenti.

Contaminazioni di origine varia (ambientale, tecnologica, fraudolenta, ecc.) entrano nella catena alimentare attraverso complesse interazioni e trasformazioni. Nel *World Cancer Report* pubblicato nel 2003 dall'International Agency for Research on Cancer, le micotossine, i composti organoclorurati, gli idrocarburi policiclici aromatici, le nitrosammine e i metalli pesanti vengono indicati come contaminanti alimentari di rilievo, ai fini dell'insorgenza di patologie tumorali nell'uomo. Nella normativa comunitaria¹ l'alimentazione viene additata come sorgente principale di esposizione umana alle diossine: tale via contribuisce per oltre il 90% all'esposizione complessiva totale e i prodotti di origine animale rappresentano circa l'80% delle fonti di contaminazione. Le Direttive europee² riconoscono la pericolosità di questi e altri contaminanti e ne impongono il costante monitoraggio negli alimenti di origine animale e negli animali allevati, secondo piani nazionali di intervento (piano residui; piano alimentazione animale).

Strettamente legati alla sicurezza alimentare sono la gestione e il controllo dell'acqua potabile. Negli ultimi anni è cresciuta la consapevolezza che l'acqua è un bene scarso che, nel nostro ecosistema, deve essere salvaguardato nella quantità (sostenibilità e continuità di erogazione) e qualità (purezza microbiologica e presenza di sostanze chimiche in quantità innocue).

Oltre alle specifiche prestazioni professionali di controllo erogate direttamente dal personale del SSR e incluse nel Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (PRISA)³, le politiche di sicurezza alimentare si avvalgono di strumenti sociali di intervento che devono acquisire la capacità concreta di governare gli orientamenti del sistema di produzione degli alimenti, in modo da promuovere garanzie crescenti di qualità igienico-sanitaria, anche con il concorso del rafforzamento delle capacità di analisi e scelta dei consumatori.

La sicurezza alimentare peraltro non esaurisce il complesso insieme di interventi per regolare le interazioni tra alimentazione e salute in modo progressivamente favorevole per i bilanci di salute. L'utilizzo di alimenti modificati nella loro naturale composizione deve essere oggetto di attenta valutazione per le possibili implicazioni sulla salute. Organismi modificati per la resistenza ai pesticidi, alimenti con allergeni, alimenti arricchiti con nutrienti essenziali forniscono spesso occasioni di riflessione su quanto sia labile l'equilibrio tra potenziali rischi e benefici nell'utilizzo di nuove tecnologie. Componenti indesiderabili possono entrare, anche inconsapevolmente,

¹ Raccomandazione CE 2001/C322/02.

² Direttive CE 22/96 e 23/96.

³ Di cui alla DGR 21-8732 del 5/05/2008.

nella catena alimentare, a causa delle complesse interazioni tra l'ambiente e gli allevamenti, che costituiscono sistemi biologici aperti, particolarmente suscettibili e complessi. Peraltro, cambiamenti quali la globalizzazione dei mercati, l'urbanizzazione, l'utilizzo di tecniche produttive sofisticate e intensive, la modifica degli stili di vita, i viaggi internazionali, l'inquinamento ambientale e le gravi calamità naturali o provocate dall'uomo necessitano di nuove strategie di valutazione e controllo per attenuarne l'impatto sulla delicata catena di produzione alimentare. Una appropriata capacità di risposta deve pertanto essere ricercata sia nell'ordinario, con le forme della prevenzione programmata, sia nell'emergenza, che richiede un solido apparato di controllo e comunicazione.

I livelli di sicurezza delle produzioni alimentari nel mondo occidentale e nella nostra regione sono sicuramente elevati; tuttavia sono tanti i fattori che rendono difficile il compito di garantire prodotti alimentari a rischio zero. Basti pensare alle oggettive difficoltà a contrastare alcuni fenomeni relativi a produzioni/importazioni illegali o a sorvegliare il rischio nei numerosi terminali di produzione/distribuzione a minore garanzia.

In Piemonte, per quanto riguarda gli alimenti di origine animale, sono presenti 46.691 allevamenti registrati, che fanno includere la regione fra le quattro a più alta densità zootecnica, con rilievo diverso secondo la specie, ma comunque con una rappresentatività importante in tutti i comparti, anche come numerosità delle popolazioni animali produttrici di alimenti. Gli stabilimenti riconosciuti per la produzione, il deposito e il commercio internazionale di alimenti di origine animale sono complessivamente 1745, fra cui 354 impianti di macellazione. Completano la catena di produzione 6300 laboratori e depositi, la maggior parte dei quali direttamente collegati con la distribuzione al consumo, oltre a 1851 imprese di trasporto alimenti.

Per quanto riguarda gli alimenti di origine vegetale e le altre attività di competenza dei servizi SIAN, sono presenti 11.950 imprese di produzione di cui 2704 con dimensioni medio-grandi e prevalente vendita all'ingrosso, 16.653 imprese di distribuzione tra supermercati e piccoli negozi, 24.344 imprese di ristorazione pubblica (bar, ristoranti, agriturismo), 5335 imprese di ristorazione collettiva (ospedaliera, assistenziale scolastica, aziendale), 1656 attività di trasporto, 61 tra sorgenti e stabilimenti di acque minerali con produzione annua di oltre un miliardo di bottiglie. A queste imprese vanno aggiunte le circa 40.000 imprese di produzione primaria.

La proporzione di microimprese (aziende con meno di 10 addetti e a fatturato limitato) è assolutamente rilevante in ogni comparto ed evidenzia una sostanziale differenza del contesto regionale e nazionale rispetto a molte aree europee. Tale particolarità tende ad accentuarsi nel circuito della distribuzione di alimenti, dove limitate e disperse attività di manipolazione degli alimenti avvengono con interfaccia diretta con il consumatore, ultimo punto per il controllo del rischio nella filiera alimentare.

Oltre alle imprese alimentari un'altra importante area di intervento è il settore delle acque potabili, con circa 1700 acquedotti attivi in Piemonte.

Descrizione organizzativa in termini di competenze, programmi, eccellenze e criticità

Competenze

Il DLgs 193/2007, in attuazione e a riferimento della norma comunitaria, ha individuato i 3 livelli dell'autorità competente a garanzia della sicurezza alimentare (Ministero, Regioni e ASL).

In Piemonte il livello regionale è articolato in due Settori della Direzione Sanità:

- Settore Prevenzione veterinaria, che coordina le attività riconducibili alle aree specialistiche di sanità animale, ispezione e controllo degli alimenti e di igiene delle produzioni zootecniche dei servizi veterinari delle ASL;
- Settore Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva, che coordina le attività riconducibili ai SIAN.

I due Settori hanno funzioni di programmazione, indirizzo tecnico, coordinamento e verifica, in attuazione del PSSR, dei piani di riqualificazione dell'assistenza sanitaria e del PRISA. Per le funzioni di documentazione e rendicontazione gestiscono l'istituzione e lo sviluppo dei sistemi informativi regionali di riferimento. I settori si occupano inoltre delle politiche per la salute e della promozione della salute nei settori della produzione e del consumo alimentare. Hanno competenze istruttorie in tutti i provvedimenti urgenti a tutela della salute umana e animale, che coinvolgono più ASL del territorio regionale e costituiscono il nodo regionale nel sistema delle allerte alimentari.

A livello ASL le funzioni di sicurezza alimentare trovano collocazione nel Dipartimento di Prevenzione e sono attribuite ai Servizi veterinari organizzati nelle tre aree specialistiche sopraccitate (aree funzionali A, B e C) e al Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione, che hanno compiti di programmazione locale, organizzazione e gestione delle attività territoriali di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e controllo ufficiale.

Due strutture regionali di riferimento (Istituto Zooprofilattico Sperimentale e ARPA) garantiscono le attività diagnostiche e analitiche di supporto attraverso i propri laboratori ufficiali. Le stesse strutture provvedono inoltre a garantire funzioni di approfondimento e ricerca, in particolare sui metodi analitici innovativi, ma anche in materia di sorveglianza epidemiologica. Un importante contributo alla sicurezza alimentare viene anche da un'apposita unità del Centro Regionale Antidoping A. Bertinaria particolarmente impegnato nei controlli sul doping zootecnico.

Concorrono alla sorveglianza epidemiologica specifica il Centro di riferimento regionale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (MTA) e il SeREMI. L'epidemiologia veterinaria, per la valutazione in particolare dello stato di salute delle popolazioni animali e dei suoi riflessi sulla sicurezza alimentare, è assicurata dall'Osservatorio epidemiologico regionale per la prevenzione veterinaria istituito presso l'IZS di Torino e da quattro strutture di epidemiosorveglianza territoriale nelle ASL di TO3, AL, NO e CN1. Il Centro di prevenzione oncologica di Torino ha avviato un progetto per la prevenzione oncologica in sicurezza alimentare.

Quattro presidi multizonali veterinari assicurano in ogni quadrante le funzioni di supporto para-veterinario e attività di urgenza ed emergenza sovrazonali.

Programmi, eccellenze e criticità

Le strategie per la sicurezza alimentare trovano oggi riferimento in un quadro normativo comunitario forte e innovativo che presuppone una necessaria armonizzazione e omogenea applicazione delle azioni di prevenzione e controllo e un livello di

integrazione elevato tra tutti i soggetti interessati. Un approccio integrato e organico al problema della sicurezza alimentare contribuisce alla razionalizzazione delle azioni sia a livello regionale sia di ASL rendendole sicuramente più efficaci e migliorandone il rapporto costo-beneficio.

Nonostante la numerosità delle imprese presenti sul territorio renda difficile l'azione di controllo, specialmente in una condizione di continua riduzione di risorse, è necessario che, accanto a una doverosa ricerca di efficienza, non si rinunci a improntare l'azione di controllo a criteri di evidenza di efficacia. È inoltre importante includere le attività di controllo ufficiale in un programma più generale di azioni di prevenzione e di promozione di una sana alimentazione, per la prevenzione delle malattie alimentari ma anche delle patologie cronico-degenerative e in generale per il miglioramento della qualità della vita.

Nelle condizioni descritte, la gestione integrata della sicurezza alimentare necessita di chiarezza dei ruoli e compiti dei principali attori del sistema. La sanità pubblica deve avere una strategia consolidata che valorizzi il ruolo centrale delle funzioni di prevenzione e controllo, l'impresa deve assumere pienamente coscienza del suo ruolo di responsabile diretto della salubrità delle proprie produzioni e il consumatore acquisire competenza per scegliere, acquistare e consumare in salute. Il compito di migliorare le competenze del consumatore, specialmente se appartenente a fasce di popolazione a rischio, è un obiettivo di grande rilievo, in quanto la capacità di scelta del consumatore e il suo ruolo consapevole e attivo possono rappresentare un elemento di selezione e indirizzo verso una maggiore qualità e sicurezza delle produzioni.

Anche il sistema sanzionatorio – chiaramente definito, come tutto il controllo ufficiale, da normativa specifica – deve essere costantemente monitorato per valutarne l'omogenea applicazione, l'appropriatezza, la proporzionalità e la reale funzione deterrente. L'azione di controllo ufficiale è attualmente programmata nell'ambito del citato Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (PRISA) che viene recepito dalle ASL in altrettanti piani locali gestionali, attraverso il coordinamento di uno specifico gruppo di progetto costituito dai responsabili delle strutture ASL interessate, integrato da eventuali esperti. Questo processo di programmazione, organizzazione e gestione integrata delle competenze ufficiali in tema di sicurezza alimentare prevede un percorso di progressivo miglioramento e perfezionamento che richiede di essere completato anche attraverso:

- l'impiego appropriato del personale, con definizione di ruoli e responsabilità a ogni livello, e supportato da valutazioni di efficienza;
- la formalizzazione di procedure e la standardizzazione di manuali che favoriscano l'uniformità di attività e risultati, dal momento del controllo/campionamento fino all'adozione dei provvedimenti conseguenti;
- un affinamento delle capacità di rendicontazione per obiettivi e di rimodulazione del conseguente ciclo di programmazione;
- una migliore capacità di comunicazione interna ed esterna dei risultati delle azioni di controllo;
- la valutazione e revisione della qualità delle attività comprese nel piano di controllo;
- la valutazione di efficacia, tramite audit, dei servizi di controllo ufficiale, così come previsto dalla Decisione 677/06.

La principale criticità nella prosecuzione e sviluppo dei programmi di sicurezza alimentare è rappresentata dalla mancanza protratta di turn over del personale addetto, dalle prospettive di fine lavoro di una percentuale consistente di addetti, dalla carenza di personale dei Servizi, grave in talune ASL o aree di lavoro, particolarmente nei SIAN.

Includere le attività di controllo ufficiale in un programma più generale di azioni di prevenzione e di promozione di una sana alimentazione

Per garantire la completezza delle azioni di prevenzione diventa tuttavia importante che l'attività di programmazione e gestione del controllo ufficiale sia accompagnata da azioni di monitoraggio, ricerca e vigilanza su quegli aspetti, non sempre sufficientemente esplorati, che concorrono a una migliore definizione e comprensione del rischio, in particolare:

- il rischio chimico collegato alle contaminazioni volontarie, fraudolente e involontarie degli alimenti, spesso sottovalutato anche in ragione della mancanza di indicatori semplici e appropriati che ne valutino l'impatto sulla salute, particolarmente per l'oncogenesi. A riguardo, le fonti di rischio "ambientale" andrebbero ricercate attivamente attraverso incrocio di fonti informative già esistenti e/o verifiche sul territorio, mediante appositi programmi di censimento, monitoraggio e valutazione di rischio per le produzioni alimentari;
- il rischio biologico, la cui delicata valutazione di impatto sulla salute risulta da approfondire: l'indicatore più frequentemente utilizzato (casi di malattie trasmesse da alimenti) sottostima infatti ampiamente l'incidenza reale, rendendo necessari interventi per migliorare la sensibilità e specificità del sistema di rilevazione esistente e per rafforzare il ruolo delle indagini epidemiologiche medico-veterinarie;
- le frodi alimentari che possono avere, quando importanti e/o sistematiche, un impatto significativo sulla salute. Spesso non sono facilmente individuabili con l'ordinaria azione di controllo e utilizzano canali di produzione e distribuzione non sufficientemente conosciuti. Anche per questa tipologia di rischio è necessaria una maggiore conoscenza del fenomeno, maggiore capacità investigativa e collaborazione con altri organi di controllo.

Azioni di contrasto alle disuguaglianze

L'alimentazione è un bisogno universale, come universale è il diritto alla sicurezza alimentare; tuttavia, nell'organizzazione delle funzioni di controllo, occorre valutare le priorità che si generano in relazione alla relativa fragilità di talune fasce di produzione o di consumo. In particolare è necessario considerare la graduazione dei controlli anche sulla base dei consumi preferenziali o obbligati delle fasce di consumatori a basso reddito, che possono con più facilità rivolgersi a circuiti di produzione e distribuzione di alimenti sotto costo, a più alto rischio di frode e altri illeciti o più facilmente soggetti a negligenze nel rispetto dei requisiti igienici. Inoltre si possono determinare rischi superiori in consumatori che acquistano e manipolano alimenti senza le necessarie conoscenze o in ambienti e con le attrezzature di cucina igienicamente inadatti: il livello di cultura della salute alimentare è quindi un elemento da valutare e rafforzare.

Sul versante della produzione esistono invece evidenti disparità nelle possibilità di investimento per la sicurezza alimentare da parte di imprese ad alto fatturato rispetto alla piccola impresa: programmi di controllo dedicati ai produttori artigianali devono rafforzare la competenza ad adottare misure efficaci con la necessaria sobrietà di mezzi, agevolando altresì gli adempimenti formali.

Obiettivi generali

Il progressivo miglioramento delle procedure di programmazione e di integrazione nell'ambito del PRISA include:

- completamento del processo di integrazione nelle ASL accorpate perseguendo l'organizzazione funzionale al raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale;
- effettivo funzionamento e continuità di lavoro dei gruppi di progetto PRISA aziendali;
- creazione di un gruppo di progetto regionale per la ridefinizione del PRISA e il miglioramento dei processi di reale integrazione tra Servizi (obiettivi integrati e definizione delle principali procedure integrate e comuni tra i due Settori medico e veterinario);
- sperimentazione dell'applicazione di modelli di audit sui servizi di controllo ufficiale;
- completamento e consolidamento delle procedure integrate e comuni tra i due Settori medico e veterinario e tra le differenti aree specialistiche;
- consolidamento nell'ambito del PRISA di attività di monitoraggio, registrazione e analisi dei dati finalizzata alla valutazione epidemiologica del rischio;
- messa a regime del sistema di audit sui servizi di controllo ufficiale inclusi i laboratori di riferimento, nella prospettiva di accreditamento/certificazione;
- definizione organizzativa del piano per le emergenze alimentari e sua simulazione applicativa.

Miglioramento dei processi di integrazione tra Servizi nell'ambito del PRISA

Audit per la verifica del miglioramento della qualità dei Servizi e del sistema di controlli

Linee strategiche

In generale va rafforzata la capacità di sorveglianza epidemiologica e di valutazione del rischio attraverso una raccolta sistematica di elementi che concorra a definire appropriatezza delle iniziative sia nella programmazione regionale e locale, sia nella realizzazione degli interventi di sicurezza alimentare intrapresi a ogni livello.

Saranno sviluppati programmi specifici indirizzati verso obiettivi prioritari importanti per il prossimo futuro, fra i quali in particolare:

- programmi operativi di ricognizione/ricerca per l'aggiornamento dei rischi microbiologici e chimici, sulla base di principi comuni adattati alle particolarità territoriali anche nel quadro dell'attuazione dei PePS;
- programmi di formazione diretta e indiretta (formazione dei formatori) per gli addetti all'impresa alimentare (allevatori, agricoltori e alimentaristi), con particolare enfasi alla promozione di buone pratiche e alla valorizzazione delle pratiche migliori;
- programmi di sostegno alla microimpresa per il miglioramento della capacità di gestione del rischio in autocontrollo, anche attraverso la semplificazione di procedure che salvaguardino l'efficacia del controllo in relazione all'entità e tipologia dei processi produttivi;
- programmi di comunicazione, informazione e formazione diretta e indiretta dei consumatori, anche mediante azioni di *empowerment* di comunità, per un maggiore controllo collettivo delle azioni e decisioni utili alla salute.

Saranno avviati programmi di collaborazione con altre amministrazioni per le politiche della salute nel settore della sicurezza alimentare, in particolare:

- azioni per il rafforzamento del ruolo del consumatore in collaborazione con l'Assessorato alla Cultura e l'Assessorato al Commercio;
- azioni per l'individuazione attiva dei rischi ambientali che compromettono la sicurezza alimentare (Assessorato all'Ambiente);
- azioni di promozione della qualità igienico-sanitaria dei prodotti agricoli (Assessorato all'Agricoltura e Assessorato alle Attività Produttive);
- programmi di collaborazione tra organo di controllo, ente gestore e autorità territoriale d'ambito ottimale (ATO), nel settore delle acque potabili, valorizzando

il compito dell'ente gestore/responsabile dell'acquedotto per definire procedure e strumenti di valutazione e classificazione del rischio specifici per gli acquedotti e favorire la sinergia tra azioni di autocontrollo e controllo ufficiale.

Interventi di supporto

Saranno condizioni di supporto:

- la costituzione di gruppi di lavoro a livello regionale e aziendale per il coordinamento e l'integrazione delle azioni previste;
- la stesura di procedure operative per il controllo indirizzato alla microimpresa e di linee guida per le pratiche igieniche di produzione;
- l'impostazione di attività di sorveglianza e analisi epidemiologica specificamente disegnate per le valutazioni del rischio in sicurezza alimentare;
- il raccordo programmatico regionale e l'integrazione delle attività di valutazione del rischio effettuate da enti e organismi diversi;
- il consolidamento delle attività di valutazione epidemiologica territoriale finalizzate alla costruzione dei PePS;
- il consolidamento di linee direttrici, attività e programmi per la collaborazione con altre amministrazioni nell'ambito delle politiche per la salute.

Monitoraggio

L'inclusione degli obiettivi di piano nella programmazione settoriale regionale e di ASL ne garantisce la valutazione mediante gli ordinari strumenti in uso. È prevista l'attuazione di audit di sistema che consentiranno la verifica del miglioramento della qualità dei servizi e delle attività di controllo e prevenzione messe in atto. L'integrazione delle informazioni derivanti dai sistemi informativi e di sorveglianza esistenti contribuirà a valutare l'efficacia delle attività del controllo ufficiale, la riduzione delle disuguaglianze territoriali in termini di garanzie di sicurezza alimentare e la valutazione dell'impatto sulla salute indotto dal miglioramento del sistema regionale di sicurezza alimentare.

Obiettivo generale di salute

Prevenzione, controllo e riduzione delle patologie determinate da alimenti

Azioni	Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
Garantire l'attuazione completa, efficace e integrata delle attività specifiche previste nell'ambito del Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare (PRISA)	Gruppo di lavoro per la ricognizione, l'analisi e la rendicontazione delle criticità nell'attuazione del PRISA 2008-2010 e per la definizione di criteri, metodi e strumenti per il prossimo PRISA, con particolare attenzione alla comunicazione del Piano Attività per la valorizzazione, il completamento e l'integrazione dei sistemi informativi regionali per la sicurezza alimentare Revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione	Migliore definizione dei compiti dei gruppi aziendali PRISA per la programmazione, comunicazione e rendicontazione del Piano Effettuazione di interventi di controllo che rispondano ai criteri previsti dalla normativa per gli organi del controllo ufficiale Effettuazione di controlli improntati alla verifica: <ul style="list-style-type: none"> • dello stato di applicazione

		<p>dei principi di autocontrollo e di responsabilità degli operatori del settore alimentare</p> <ul style="list-style-type: none"> dell'attuazione del controllo interno da parte dei gestori dei servizi idrici <p>Promozione dell'integrazione tra i vari soggetti che intervengono, attraverso l'analisi dei processi e delle funzioni e la revisione delle procedure</p>
Ricognizione/ricerca per l'aggiornamento dei rischi microbiologici e chimici	<p>Ricognizione dei pericoli (<i>hazard identification</i>) sulla base dell'integrazione di differenti fonti di dati</p> <p>Valorizzazione dei risultati dei progetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> inventario dei cancerogeni noti con potenziale impatto sulla sicurezza alimentare (CPO) progetto diossine Val Susa (TO3) progetto Ambiente Salute (TO3) <p>Integrazione dei sistemi di sorveglianza epidemiologica medici e veterinari attraverso incontri tra operatori dei differenti versanti per la presentazione e lo scambio dei report e delle relazioni di sintesi regolarmente prodotti</p> <p>Pianificazione di produzione di documentazione che raccolga e integri le indicazioni derivanti dai differenti sistemi di sorveglianza/controllo</p>	<p>Gruppo di progetto multidisciplinare per il censimento, aggiornamento e valutazione delle fonti di rischio mediante raccolta attiva delle informazioni esistenti</p>
Consolidamento del sistema di valutazione del rischio per la programmazione regionale e locale	<p>Coordinamento dei servizi sovrazonali di epidemiosorveglianza medica e veterinaria e integrazione dei risultati di attività e progetti a vario titolo coinvolti in attività di valutazione del rischio</p>	<p>Avvio e consolidamento della revisione dei dati prodotti dai sistemi informativi per la valutazione del rischio, anche nel quadro della realizzazione dei PePS</p>
<p>Adattamento delle procedure di controllo ufficiale alla microimpresa</p> <p>Sostegno alla microimpresa per il miglioramento della capacità di gestione del rischio in autocontrollo</p> <p>Redazione di buone pratiche di produzione alimentare per la produzione primaria e la microimpresa di trasformazione</p>	<p>Gruppi di lavoro regionali con partecipazione di operatori delle ASL con lo scopo di produrre uno schema standardizzato utilizzabile per ciascuno dei settori di interesse e per la redazione di pratiche per i differenti attori (controllori, produttori e consumatori)</p> <p>Comunicazione a livello regionale e locale per l'utilizzo degli strumenti</p>	<p>Diffusione/pubblicizzazione delle buone pratiche</p> <p>Verifica di applicazione durante piani di controllo ufficiale</p> <p>Assegnazione delle prescrizioni</p> <p>Comunicazione ai consumatori</p>
Formazione integrata degli operatori della sanità pubblica per un approccio intersettoriale e multidisciplinare alla sicurezza alimentare	<p>Percorsi formativi integrati indirizzati all'attuazione di procedure comuni per l'attività di controllo sugli operatori del settore alimentare e per la sperimentazione degli audit di sistema</p>	<p>Attuazione dei percorsi e degli indirizzi</p>

<p>Comunicazione, informazione e formazione, diretta e indiretta, dei consumatori, anche mediante azioni di empowerment di comunità per un maggiore controllo collettivo delle azioni e decisioni utili alla salute</p>	<p>Indirizzi e percorsi formativi per l'integrazione e il coordinamento delle azioni sanitarie dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione con politiche di promozione della qualità sanitaria ed ecologica delle produzioni, condotte con il concorso delle amministrazioni pubbliche coinvolte (agricoltura, commercio, istruzione), con il settore privato di assistenza professionale alle imprese, con le associazioni di produttori e di consumatori</p> <p>Rafforzamento delle azioni regionali per la comunicazione del rischio e per l'informazione dei consumatori</p>	<p>Attuazione, anche mediante la Direzione Integrata della Prevenzione, di un inserimento organico delle attività educative e di promozione della salute sui temi riguardanti l'importanza di una sana alimentazione e la consapevolezza dei pericoli associati al consumo di alimenti</p> <p>Rafforzamento, anche attraverso i piani di salute, della capacità di scelta e dell'orientamento delle produzioni e dei consumi verso prodotti sicuri e di maggior valore in termini nutrizionali e di ecocompatibilità</p>
<p>Verifica del raggiungimento di standard di attività, qualità ed efficacia del controllo ufficiale, anche attraverso l'analisi dei prerequisiti organizzativi e della congruenza delle risorse assegnate</p>	<p>Disegno e sperimentazione di percorsi formativi e di scambio di esperienze gestionali rivolti ai responsabili di struttura complessa</p> <p>Applicazione sperimentale e successivo consolidamento di un sistema regionale di audit sui servizi di controllo ufficiale</p> <p>Valutazioni di efficacia delle attività di controllo ufficiale, con particolare riguardo agli audit, ai sistemi di allerta, alle attività di campionamento e alle procedure diagnostiche e analitiche di supporto</p> <p>Valutazione dell'impatto sulla salute indotto dal miglioramento del sistema regionale di sicurezza alimentare</p>	<p>Sperimentazione dell'applicazione di modelli di audit esterno sui servizi di controllo ufficiale</p> <p>Avvio di procedure di audit interno, anche settoriali, per la revisione di efficacia, appropriatezza e qualità del sistema dei controlli ufficiali</p> <p>Avvio di procedure per la valutazione dell'impatto sulla salute delle attività ASL in materia di sicurezza alimentare</p>
<p>Definizione e applicazione di procedure e strumenti per la valutazione e classificazione del rischio degli acquedotti e per una maggiore sinergia tra azioni di autocontrollo e controllo ufficiale sulle acque potabili</p>	<p>Attivazione di un gruppo di lavoro regionale</p> <p>Definizione di linee di indirizzo</p>	<p>Tavoli di lavoro con enti gestori e ATO</p> <p>Applicazione delle procedure e degli strumenti operativi</p>

Bibliografia

Directorate General for "Health and Consumers". http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm

International Agency for Research on Cancer (IARC). *World Cancer Report 2003*. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2003/index.php>

Regione Piemonte. *Piano Regionale Integrato 2009-2010 dei controlli di sicurezza alimentare (PRISA)*. <http://www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/progetti/sicurezza.htm>

4. Prevenzione delle malattie trasmissibili

Elementi di responsabilità sociale

Le grandi vittorie della sanità pubblica sulle malattie infettive sono state conseguite grazie a interventi di popolazione: miglioramento delle infrastrutture, potabilità delle acque e igiene degli alimenti, vaccinazioni di massa, campagne veterinarie di eradicazione della brucellosi e tubercolosi, ecc. Oggi le malattie infettive rappresentano un problema di salute minore, pertanto la tentazione di puntare a obiettivi di prevenzione individuale è forte ed è incoraggiata anche da interessi commerciali. La inevitabile competizione delle risorse costringe così a limitare la visione collettiva e a selezionare i candidati degli interventi di prevenzione anche attraverso modalità di offerta discriminanti (es. co-pagamento di alcune prestazioni) che confliggono con il principio di equità. Le condizioni di emarginazione e clandestinità, che costituiscono fattori di rischio per molte malattie infettive, possono rendere intere fasce di popolazione “invisibili” alla sanità pubblica incrementando così la probabilità individuale di infezione ma anche quella di diffusione dell'agente infettivo alla comunità (vedi l'esempio TB).

Elementi di novità

- Introduzione di nuovi vaccini contro pneumococco, meningococco e HPV.
- Integrazione dei livelli ospedale – prevenzione – territorio – tessuto sociale (comunità) nella prevenzione delle malattie infettive.
- Rafforzamento del sistema di gestione in emergenza e urgenza delle malattie infettive.

Strumenti di governo

- Definizione di obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL.
- Centralizzazione dei flussi informativi.

Per la realizzazione degli obiettivi indicati dovranno essere applicati gli strumenti della *governance*: ricerca delle prove di efficacia, formazione degli operatori, integrazione di professionalità, definizione di indicatori per la valutazione di risultato e di strumenti per la rendicontazione e il monitoraggio (report periodici, audit).

Monitoraggio e valutazione

I risultati dei sistemi di sorveglianza consentiranno di valutare l'efficacia delle azioni:

- il sistema di sorveglianza attiva delle infezioni batteriche invasive consentirà di valutare l'impatto delle nuove campagne vaccinali;
- la sorveglianza della frequenza di infezione e dei tipi circolanti di papilloma virus umano stimerà l'effetto della vaccinazione sulla circolazione virale;
- attraverso l'archivio vaccinale centralizzato saranno valutati gli indicatori di copertura nelle diverse realtà.

Dimensione epidemiologica

Fin dagli esordi, nella seconda metà del XIX secolo, la sanità pubblica si è identificata con la lotta alle malattie infettive. Gli interventi integrati e strutturali che hanno connotato i grandi successi nel miglioramento della speranza di vita agli inizi del

secolo scorso rappresentano ancora oggi il fondamento, sebbene non più esclusivo, di molte attività del Dipartimento di Prevenzione.

Le malattie infettive rappresentano oggi un problema di salute minore, ma l'apparato di sorveglianza e controllo non può venir meno, pena il riemergere di patologie dimenticate (vedi la ripresa della difterite nell'Europa dell'Est negli anni '90) o il rapido diffondersi (reale o paventato) di infezioni emergenti con il carico di patologia e/o allarme sociale che in ogni caso ne consegue. Una attenzione particolare è riservata alla sorveglianza e al controllo delle zoonosi, alle quali l'Unione Europea ha dedicato rilievo, anche a seguito del pericolo rappresentato da nuovi patogeni come la BSE, disciplinando le misure medico-veterinarie relative alle infezioni oggetto di attenzione prioritaria (brucellosi, salmonellosi, *E.coli* VTEC, tubercolosi da *M.bovis*, listeriosi, trichinellosi, campilobatteriosi ed echinococcosi). L'allegato I della norma europea riporta l'elenco di altre 16 zoonosi che rientrano nel sistema di vigilanza e possono richiedere interventi locali (rabbia, virusi trasmesse da artropodi, leptospirosi, toxoplasmosi, per citare alcuni esempi)¹.

Le notifiche di malattie infettive oscillano in Piemonte intorno ai 10.000 casi l'anno, i ricoveri complessivi con cause specifiche infettive o riconducibili a cause infettive sono circa 30.000 ogni anno, il tasso grezzo di mortalità in Piemonte è passato dal 3,39 per 100.000 abitanti del 1992 al 14,63 per 100.000 abitanti del 2006.

Il Sistema Informativo Malattie Infettive permette inoltre di disporre di dati di incidenza, indispensabili per monitorare il fenomeno e valutare l'efficacia delle misure di contenimento. Si riportano di seguito alcuni dati significativi.

HIV-AIDS

Dal 1984, le segnalazioni di casi di AIDS relative a persone residenti sono state 3524; di queste lo 0,9% riguarda la popolazione pediatrica. L'AIDS colpisce di più i maschi e si concentra nella fascia di età compresa tra i 30 e i 39 anni. Inizialmente la trasmissione era per lo più associata all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa, nell'ultimo periodo si è registrato un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale. A partire dalla metà degli anni Novanta, l'introduzione delle nuove terapie antiretrovirali combinate ha modificato la storia naturale della malattia: il tempo di latenza tra infezione e comparsa dei sintomi si è allungato e il tasso di letalità è sceso dal 100% nel 1984 a circa l'11% nel 2007. Da 222 decessi osservati nel 1992 (tasso grezzo 5,16 per 100.000 abitanti) si è passati a 76 nel 2008 (tasso grezzo 1,7 per 100.000 abitanti). All'inizio del 2009 persone HIV-positivizzate o con diagnosi di AIDS viventi erano circa 6800, pari a una prevalenza di 1,7 persone ogni mille abitanti. Nella fascia di età 40-44 anni il valore diventa circa 3 casi per mille abitanti tra le donne e 7 per gli uomini.

I rapporti sessuali non protetti rappresentano il 75% delle modalità di trasmissione delle nuove diagnosi di infezione.

Legionellosi

I casi di legionellosi segnalati alla sorveglianza speciale sono stati 716 dal 2000 al 2009. Di questi 152 erano stati ricoverati prima di sviluppare i sintomi (21,2%). Il tasso di incidenza ha fatto registrare un incremento negli ultimi anni: da 0,7 casi per 100.000 abitanti nel 2000 a 2 casi per 100.000 nel 2009.

¹ Direttiva 2003/99/EC; DLgs 4 aprile 2006, n. 191.

Morbillo, rosolia in gravidanza e sospetta rosolia congenita

Nonostante le elevate coperture vaccinali dal 1° settembre 2007 al 31 ottobre 2008 il Piemonte è stato interessato da una epidemia di morbillo. Sono stati sorvegliati 3141 casi di cui 816 confermati in laboratorio, 382 epidemiologicamente correlati a casi confermati e 1335 casi con diagnosi clinica (probabili). L'epidemia ha colpito per lo più soggetti giovani-adulti, ove i tassi di copertura erano più bassi. Le età più frequentemente interessate variano tra i 5 e i 19 anni, ma più di mille soggetti avevano più di 20 anni. A partire da dicembre 2008 è stata segnalata una nuova epidemia quasi tutta concentrata nell'ASL AL. Dal 31 dicembre 2007 a settembre 2008 sono state registrate 29 sieroconversioni in gravidanza: 5 hanno dato esito a una IVG, 5 a una ITC. Dei 20 neonati (da 19 parti) 5 avevano IgM positive alla nascita.

Infezione da HPV

Il 75% delle donne sessualmente attive si infetta nel corso della vita con un virus HPV e il 50% con un tipo di HPV a rischio oncogeno; la prevalenza di infezione in età 17-70 anni è pari a 7-16%. Nel periodo 1998-2002 sono stati diagnosticati in media ogni anno 9,8 casi di carcinoma della cervice ogni 100.000 donne. In Piemonte la prevalenza di donne infette da HPV nella popolazione sottoposta a screening (25-70 anni) è risultata pari a 8,8%; l'incidenza di carcinoma della cervice uterina è pari a circa 10/100.000 nelle donne di 15-74 anni.

Pneumococco

Lo *S. pneumoniae* è responsabile di diverse patologie, che differiscono tra loro per gravità e incidenza. Nell'adulto, nel 2007, l'incidenza delle infezioni invasive per tutte le età era del 4,3/100.000 (9,4/100.000 in persone > 65 anni) e delle meningiti 0,9/100.000 (1,4/100.000 in persone > 65 anni). Nei bambini 0-4 anni l'incidenza delle infezioni invasive era di 10/100.000 e delle meningiti 4,2/100.000. La letalità delle forme invasive è del 20-30% nell'adulto, 30-40% nell'anziano e rara nei bambini, a meno che siano soggetti ad alto rischio.

Sequele permanenti sono presenti nel 50% delle meningiti pneumococciche.

Zoonosi

Dalla fonte SIMI si rileva che nel 2007 sono stati notificati 4 casi di brucellosi, 4 rickettsiosi, 3 leptospirosi, 12 listeriosi, 4 leishmaniosi viscerali e 1 leishmaniosi cutanea. Dal 1995 al 2007 sono via via diminuiti gli episodi di brucellosi umana, evidenziando gli effetti della progressiva riduzione degli allevamenti infetti. Stante la qualifica di territorio ufficialmente indenne, i pochi casi residui di brucellosi umana sono negli ultimi anni sempre collegati al consumo di prodotti extraregionali. Più complessa la valutazione dei casi di tubercolosi di origine bovina, considerato che non viene di routine effettuata la distinzione eziologica del germe in causa. Un'indagine retrospettiva 2002-2007, riguardante per lo più Torino e Provincia, ha evidenziato 16 casi di *M. bovis*, pari al 2,4% degli isolati esaminati, con un ruolo non trascurabile del contatto con animali infetti, e un caso letale.

Per quanto riguarda le salmonellosi a carattere zoonosico (non tifoidee), il controllo preventivo si estende ormai lungo tutta la catena alimentare, coinvolgendo anche il settore primario con piani di eradicazione che riguardano per ora il pollame (produttori di carne e uova) e sono in fase di estensione alla specie suina. Anche l'influenza aviaria è soggetta a capillari controlli preventivi che hanno escluso la

presenza di ceppi ad alta patogenicità e identificato, negli ultimi 2 anni, limitate circolazioni di ceppi a bassa patogenicità.

Per le diarreie infettive va meglio investigato il ruolo di *Campylobacter* spp, la zoonosi con il maggior numero di casi segnalati in Europa. Uno stretto controllo sulla prevenzione va mantenuto anche per *Listeria* e *E.coli* VTEC, per i quali, nonostante l'incidenza limitata, debbono rafforzarsi le misure di garanzia a livello di produzione alimenti.

Malattie trasmesse da alimenti

La frequenza di episodi di tossinfezione alimentare nella Regione Piemonte, nel 2008, è di 1,37 episodi ogni 100.000 abitanti (1,43 episodi nel periodo 2002-2008).

Nel 2008, le cause principali di malattie trasmesse da alimenti (MTA) sono state le tossinfezioni alimentari (80% degli episodi), seguite dagli avvelenamenti da funghi (16%) e dalle intossicazioni da istamina (2,7%).

Nel 2008 gli agenti responsabili sono stati confermati in circa la metà degli episodi di tossinfezione alimentare (49,2%).

Per quanto riguarda gli episodi confermati, l'agente più frequentemente in causa è stato sempre la *Salmonella* (74% degli episodi); seguito da *Stafilococco* e virus dell'Epatite A (HAV). *Campylobacter* spp, ritenuto a livello europeo la prima causa di MTA, è stato confermato solo in tre episodi e nel 7,7% dei casi singoli.

Gli alimenti più frequentemente in causa sono stati, nel 2008, quelli a base di uova (28,6%), seguiti dai prodotti della pesca (12,7%) e da latte/latticini (9,5%). La maggior parte degli episodi di tossinfezione alimentare si è verificata nelle abitazioni private (56%), l'11% nella ristorazione collettiva e il 13% presso pubblici esercizi.

Lo scorretto mantenimento della temperatura e la provenienza del cibo da fonte non controllata sono risultati i fattori di rischio più frequentemente coinvolti nell'anno 2008 (14,3% degli episodi), seguiti dalla inadeguatezza della cottura e dalla contaminazione del cibo crudo o cotto (6,4%).

Tubercolosi

Dal 1995 al 2008 sono stati registrati 6323 casi di tubercolosi (TB), dei quali 4676 di origine polmonare/respiratoria. Il numero di nuovi casi di TB registrato negli ultimi anni dal Sistema di Notifica piemontese oscilla tra i 10 e gli 11 ogni 100.000 residenti, superiore alla media nazionale. Un'indagine sulla sottonotifica stima l'incidenza reale in 16,27 casi x 100.000 residenti. Il trend è in lieve e costante diminuzione dal 2001. Attualmente il rapporto dei casi in italiani e in persone immigrate è il 50%, con un'incidenza tra gli immigrati concentrata nei primi anni di permanenza in Italia. Nelle fasce di età > 45 anni prevalgono gli italiani, mentre tra quelle inferiori prevalgono le persone immigrate (70% tra i 25 e i 34 anni). Tra le malattie trasmissibili la TB è riconosciuta come uno dei maggiori problemi mondiali. È una delle prime malattie per le quali è stato individuato lo stretto nesso tra la sua diffusione e condizioni di benessere fisico, sociale, economico e culturale e, ovviamente, di disponibilità alle cure e al loro accesso.

Descrizione organizzativa in termini di competenze, programmi, eccellenze e criticità

In Piemonte le funzioni relative alla prevenzione e al controllo delle malattie trasmissibili sono riconducibili alle seguenti linee di attività, ciascuna connotata da proprie specificità e da proprie reti di riferimento.

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive nella comunità attraverso la rete SIMI

La rete SIMI è costituita da un nodo regionale di riferimento (SeREMI), allocato presso il Servizio Sovrazonale di Epidemiologia di Alessandria, e da nodi locali, costituiti presso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica. I nodi locali SIMI adempiono ai compiti di sorveglianza e controllo richiesti dai LEA. È in corso lo sviluppo di uno specifico sistema regionale di sorveglianza basato sul web in grado di integrare i diversi sistemi di sorveglianza e interfacciarsi con il nuovo sistema nazionale.

Sorveglianza e controllo della TB

A livello territoriale per le attività di sorveglianza, prevenzione e cura sono presenti di fatto un referente TB, quasi sempre all'interno della rete SIMI, e un referente ospedaliero per le attività specialistiche diagnostico-terapeutiche. A livello centrale il coordinamento è garantito attraverso il Centro di Coordinamento per la TB (Centro di riferimento per la TB, allocato presso l'ASL TO1, e SeREMI)².

Per il controllo dei fattori di rischio relativi alle infezioni da *M. bovis*, a livello locale e centrale è attivo un livello di collaborazione tra Servizi medici e Servizi veterinari.

Sorveglianza e controllo delle infezioni sessualmente trasmesse (IST)

La Rete del sistema di sorveglianza delle infezioni sessualmente trasmesse comprende otto centri clinici dislocati sul territorio regionale³. Le attività di sorveglianza e prevenzione sono coordinate da SeREMI, ma a livello periferico la rete IST non interseca la rete dei referenti SIMI.

Sorveglianza dell'infezione da HIV/AIDS

In Piemonte il Sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV è attivo dai primi anni del 2000. I centri segnalatori sono le unità operative di malattie infettive del Piemonte che segnalano a livello centrale al SeREMI, dove sono centralizzate anche le notifiche di casi di malattia (AIDS).

Sorveglianza, prevenzione e controllo della Chikungunja, Dengue e altre malattie da importazione trasmesse da vettori

Dal 2008 è attivo un protocollo di intesa tra il SeREMI e l'Istituto per le Piante da Legno e l'Ambiente (IPLA) per l'intervento urgente di controllo della zanzara tigre in presenza di segnalazioni di casi importati di febbre da Chikungunja.

Da ottobre 2009 è stato istituito il Centro di Coordinamento per la sorveglianza e la prevenzione dell'importazione e diffusione di Chikungunja, Dengue e altre malattie da importazione trasmesse da vettori, composto dal SeREMI e dall'IPLA⁴. L'attività prevede inizialmente l'unificazione regionale delle attività di lotta alla zanzara tigre in

² DGR n. 31-27361 del 17/05/1999.

³ DGR n. 40-1754 del 18/12/2000.

⁴ DGR n. 6-12353 del 9/10/2009.

ambito urbano, la mappatura della zanzara e delle attività e zone a rischio, interventi per il controllo della popolazione delle zanzare in ambito urbano e interventi mirati in presenza di casi importati o di focolai locali di febbre da Chikungunja.. Il controllo degli insetti vettori è a carico delle amministrazioni comunali che possono accedere a finanziamenti regionali specifici. La campagna di lotta alle zanzare si avvale del coordinamento operativo dell'IPLA.

È in corso di sviluppo una specifica attività nei confronti della West Nile in coordinamento con il settore veterinario.

Sorveglianza e controllo delle MTA

Nel 2002 la Regione Piemonte ha istituito il Sistema di Sorveglianza dei Focolai Epidemici delle Malattie Trasmesse da Alimenti⁵.

Il sistema viene coordinato dal Centro di Riferimento Regionale per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle MTA (CRR). È costituito dal CRR presso l'ASL TO1 e da referenti locali presso i SIAN delle ASL. Il CRR lavora in collegamento con i Centri di riferimento per la tipizzazione delle salmonella, ARPA, IZS e Unità operativa di microbiologia dell'Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità di Novara, che svolgono attività su matrici ambientali, alimentari e umane.

Il sistema prevede la raccolta di dati relativi agli episodi epidemici di MTA e la registrazione dei casi singoli. Annualmente vengono pubblicati report di attività che descrivono il fenomeno MTA in termini di trend spazio-temporali, agenti patogeni, modalità di trasmissione, persone esposte e fattori di rischio.

È necessario prevedere maggiori raccordi tra i dati provenienti dalle attività di controllo ufficiale e i dati della sorveglianza, stimolare a livello locale l'applicazione rigorosa dei protocolli operativi di indagine, aumentare la comunicazione e collaborazione sia all'interno del Dipartimento di Prevenzione (Servizi Veterinari, SISP e SIAN) sia a livello di ASL (laboratori, DEA, MMG e pediatri) per la ricerca attiva dei casi.

Sorveglianza e controllo delle zoonosi

La sorveglianza delle zoonosi in ambito veterinario e umano segue norme, flussi informativi e informatici differenti. Le segnalazioni veterinarie fanno capo al Settore regionale Prevenzione Veterinaria e l'integrazione tra i due flussi informativi non è ancora formalizzata.

I programmi di controllo veterinario permettono di rilevare le infezioni a carattere zoonosico presenti negli allevamenti, nelle popolazioni di animali selvatici e negli animali da affezione.

Malattie prevenibili da vaccino

Il livello organizzativo centrale è allocato nel SeREMI. Inoltre, per l'esercizio delle funzioni tecniche di assistenza è stato costituito presso la Regione Piemonte uno specifico Gruppo Tecnico regionale per le Vaccinazioni con il compito di elaborare e aggiornare il Piano Piemontese per la Prevenzione Vaccinale nonché raccomandazioni, linee guida, manuali, ecc.⁶.

A livello locale esiste un referente vaccinale in ogni ASL (per lo più SISP), ma i modelli organizzativi sono molto disomogenei. Nel 2007 sette ASL vaccinavano esclusivamente con personale SISP, tre esclusivamente attraverso il Servizio di Assistenza Sanitaria Territoriale, una tramite il Dipartimento Materno-infantile, due

⁵ DGR n. 85-4997 del 28/12/2001.

⁶ DD n. 588 del 17/09/2008.

attraverso i pediatri di libera scelta e sei si avvalevano comunque della collaborazione di personale infermieristico (e/o medico) di diversi Servizi.

Medicina dei viaggi

Il Centro regionale di riferimento per la Medicina dei Viaggi è collocato presso l'Ospedale Amedeo di Savoia – ASL TO2 (supporto scientifico). Insieme al SeREMI (supporto organizzativo) svolge funzioni di assistenza al funzionamento degli ambulatori per la medicina dei viaggi delle ASL. A livello locale la rete poggia sul referente per le attività di medicina dei viaggi, che appartiene al SISP. Gli ambulatori di medicina dei viaggi garantiscono counselling e vaccinazioni.

Controllo delle infezioni ospedaliere e del rischio biologico negli operatori sanitari

Il controllo delle infezioni ospedaliere si realizza attraverso le omonime strutture (CIO) formalmente istituite presso ogni Direzione Sanitaria. Il CIO è composto da personale adeguatamente formato, redige un programma annuale scritto e opera in collegamento con il Servizio di Prevenzione e Protezione in tema di controllo del rischio biologico. A livello centrale è presente il Gruppo di lavoro tecnico scientifico per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza⁷.

Altre attività di sorveglianza, prevenzione e controllo

Esistono poi progetti o sistemi di sorveglianza specifici che comprendono o meno le attività di prevenzione e controllo: sorveglianza delle infezioni batteriche invasive basata sui laboratori pubblici di microbiologia, sorveglianza attraverso i Medici Sentinella (influenza), sorveglianza di laboratorio delle resistenze batteriche (progetto in definizione associato alla sorveglianza Micronet), valorizzazione dei dati provenienti dai Pronto Soccorso, sorveglianza Siroh (Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV), sorveglianza rosolia congenita e in gravidanza, ecc. Al livello centrale quasi tutte queste sorveglianze sono coordinate attraverso il SeREMI o lo vedono coinvolto. Al livello locale spesso non coinvolgono il referente SIMI.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale conduce, sulla base di un quadro di programmazione regionale, un'attività di sorveglianza della antibioticoresistenza per alcuni patogeni isolati nell'ambito dei programmi di controllo regionale condotti su animali e alimenti di origine animale. Sarebbe auspicabile avviare un programma medico-veterinario integrato e sistematico sulla antibioticoresistenza. I Servizi Veterinari delle ASL conducono programmi di controllo sull'impiego del farmaco veterinario e sulla presenza di residui di antibiotici negli alimenti di origine animale.

Eccellenze

In generale si può dire che il sistema è ben governato dal livello centrale e ha prodotto, nel tempo, buoni risultati pur con discrete variabilità tra ASL. Ne conseguono risultati positivi: buona capacità di pianificazione, reti di sorveglianza capillari e ben definite, efficace capacità di reazione e controllo dell'evento infettivo, formazione continua degli operatori, standardizzazione delle procedure, ottima disponibilità di materiale scientifico e divulgativo. L'indagine Inf-Oss⁸ ha collocato il Piemonte al primo posto per diffusione nelle strutture sanitarie di programmi di sorveglianza e di controllo delle infezioni ospedaliere.

⁷ DD n. 336 del 5/07/2008.

⁸ *Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria*, Progetto Inf-Oss. CCM, 2006.

La produzione/aggiornamento di procedure, raccomandazioni e linee guida a livello regionale ha prodotto specifici documenti pregevoli.

Il SeREMI organizza ogni anno più corsi di formazione accreditati ECM per il personale sanitario con contenuti sia scientifici sia organizzativi e di counselling in ambito vaccinale.

Il Piano Piemontese di Promozione delle Vaccinazioni ha un'impostazione strategica condivisa tra tutti gli operatori. L'abolizione delle sanzioni per l'inottemperanza all'obbligo vaccinale ha elevato la capacità di proposizione attiva dei Servizi.

Il sistema di sorveglianza attiva delle malattie batteriche invasive attraverso i laboratori è attivo dal 2003 e produce risultati di interesse nazionale (Piemonte unica regione in Italia).

Il modello di sorveglianza rapida e integrata e quello di sorveglianza sindromica sperimentati durante le Olimpiadi invernali Torino 2006 in collaborazione con CCM e ISS sono stati apprezzati a livello internazionale e hanno dato un importante impulso nelle competenze e nel coordinamento delle reti coinvolte.

Le zoonosi sono monitorate da un dettagliato sistema di epidemiosorveglianza che rendiconta i dati su base storica, epidemiologica e georeferenziata. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale di Prevenzione Veterinaria dell'IZS coadiuva i Servizi Veterinari nell'osservazione delle patologie zoonotiche del settore.

Il sistema di sorveglianza MTA ha dimostrato negli anni la capacità di fornire elementi di conoscenza utili a indicare percorsi operativi e indirizzi nella definizione delle attività di prevenzione e controllo.

Ricerca e produzione scientifica sono importanti: il SeREMI produce e diffonde report e bollettini periodici puntuali e di buona qualità, coordina studi a livello nazionale; presso il *Cochrane Vaccine Field* si conducono revisioni sistematiche sull'efficacia dei vaccini; presso l'IZS di Torino ha sede il Centro di Referenza Nazionale per le encefalopatie spongiformi trasmissibili.

Criticità

La maggiore criticità riconoscibile è la frammentazione dei sistemi di sorveglianza insieme alla carente integrazione delle attività di controllo: insufficiente coordinamento delle varie linee di attività, scarsa comunicazione e riluttanza a riconoscere e rispettare i reciproci ruoli. La sorveglianza delle infezioni in ambiente ospedaliero è completamente esterna al SIMI, quelle IST e HIV sono raccordate a livello centrale ma non periferico, quella MTA si coordina con la rete SIMI in modo disomogeneo e a tratti difficoltoso, sorveglianza umana e veterinaria delle zoonosi hanno un'organizzazione disgiunta a tutti i livelli con raro scambio informativo a livello centrale.

Una seconda criticità è lo scarso coordinamento della rete nelle procedure di indagine epidemiologica e di controllo per le malattie infettive. A fronte di una buona, seppur disomogenea, competenza presente nelle ASL, non è adeguatamente sviluppata la stesura di procedure condivise e attività di formazione specifica.

L'unificazione delle ASL non ha ancora modificato la disomogeneità organizzativa: dei 19 referenti SIMI solo 5 sono anche referenti vaccinali e per i viaggi; in 7 ex ASL i tre referenti sono diversi, nelle restanti realtà la combinazione varia. La situazione post accorpamento non ha modificato sostanzialmente il quadro della eterogenea organizzazione delle attività vaccinali.

L'organizzazione della risposta alle emergenze/urgenze rappresenta un punto nevralgico del sistema. È stato recentemente approvato il Piano per l'organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive⁹ e ogni ASL si è dotata di un proprio

⁹ DGR 10-11769 del 20/07/2009.

modello organizzativo coordinato dalla Direzione Aziendale. Il coordinamento fra le strutture aziendali, la comunicazione fra i professionisti e con la popolazione, il coinvolgimento dei MMG, l'organizzazione della pronta disponibilità del personale "esperto" nel Dipartimento di Prevenzione sono comunque criticità prioritarie. Per le emergenze alimentari manca la ratifica di un protocollo di gestione.

La sottotifica dei casi di TB e i casi persi al follow up stanno a indicare evidenti debolezze nella rete. È pertanto necessario un aggiornamento del Piano TB (in via di realizzazione) che assegni più forza alla regia regionale e irrobustisca la rete di prevenzione, controllo, diagnosi e cura.

L'elevata centralizzazione del governo del sistema ha il suo rovescio della medaglia e ingenera la tentazione della deresponsabilizzazione al livello locale: l'abitudine alla produzione autonoma di procedure o linee guida, corsi di formazione interna, report o relazioni di attività è scarsamente consolidata nelle ASL, la logica dell'adempimento burocratico è ancora affiorante in alcuni contesti.

Si tratta pertanto di completare alcuni processi, procedere all'integrazione delle reti dedicate e dei sistemi di sorveglianza e tenere sotto controllo gli "effetti collaterali" del sistema.

Azioni di contrasto alle disuguaglianze

Il contrasto delle disuguaglianze rappresenta una delle strategie di controllo delle malattie infettive e per questo motivo la rete della prevenzione delle malattie infettive è particolarmente attenta all'argomento. Molti dei provvedimenti regionali riportano azioni in tale direzione: accesso diretto e gratuito degli ambulatori MST, ricerca attiva dell'infezione TB tra gli immigrati a rischio, offerta attiva e gratuita per tutte le vaccinazioni prioritarie e per le vaccinazioni internazionali ai viaggiatori minorenni (in maggior parte rappresentati dai figli di immigrati ricondotti in vacanza al paese di origine dei genitori), capillarità delle sedi di somministrazione dei vaccini con particolare riferimento alla vaccinazione antinfluenzale (offerta attraverso i MMG).

Opuscoli informativi in lingua straniera sono distribuiti presso la maggior parte degli ambulatori vaccinali.

Nonostante lo sforzo messo in atto, e la particolare sensibilità del target al problema delle infezioni, alcune fasce di emarginazione non sono comunque raggiunte, per scarsa sensibilità culturale (ad esempio l'indagine PASSI evidenzia una minor copertura vaccinale per la rosolia nelle donne adulte con basso livello di istruzione), contesto sfavorevole (ad esempio carceri) o situazioni di clandestinità (immigrati irregolari). Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto la situazione potrà essere ulteriormente peggiorata dall'applicazione di norme che impongano al medico l'obbligo di denuncia. Deve essere evitato il rischio che parti della popolazione del Piemonte siano invisibili alla sanità pubblica e non raggiungibili dalle attività di sorveglianza controllo e prevenzione.

Obiettivi generali di salute

Il presente Piano intende ridurre l'incidenza delle patologie infettive mediante interventi di controllo vaccinali e non. La scelta delle priorità sarà effettuata sulla base di criteri oggettivi: incidenza della malattia, gravità, probabilità di reclusione epidemiche, sufficienti conoscenze epidemiologiche e patogenetiche, disponibilità di interventi di prevenzione efficaci, ecc. (Krause, 2008).

Area della prevenzione vaccinale

Per quanto riguarda l'area della prevenzione vaccinale, gli obiettivi di salute, le strategie di vaccinazione e gli obiettivi di copertura sono contenuti nel Piano Piemontese di Promozione delle Vaccinazioni (PPPV) 2009¹⁰.

Il PPPV semplifica drasticamente l'offerta vaccinale superando i vincoli di legge (che distinguono fra vaccinazioni obbligatorie e facoltative e che prevedono sanzioni per gli inadempienti) e istituendo due sole modalità:

- i vaccini prioritari (offerta in modo attivo e gratuitamente);
- tutti gli altri vaccini (disponibili nelle aziende sanitarie a prezzo di costo).

L'offerta dei vaccini è inoltre proposta a livello di popolazione o per categorie a rischio.

Le azioni previste sono:

- implementazione del nuovo Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita con consolidamento delle coperture vaccinali, sorveglianza epidemiologica e conferma di laboratorio dei casi;
- introduzione della vaccinazione attiva e gratuita contro pneumococco e meningococco (Agenzia Regionale di Sanità, Toscana). Si anticipa quanto stabilito dal Nuovo Piano Nazionale Vaccini 2008-2010, viste anche le prove di efficacia (Agenzia Regionale di Sanità Toscana, 2007). Inoltre la disponibilità dal 2010 di formulazioni vaccinali che prevengono la maggior parte dei sierogruppi/sierotipi attualmente circolanti ha contribuito all'approvazione della nuova strategia vaccinale che prevede, a partire dal 2010, la vaccinazione anti-pneumococco per i nuovi nati e quella anti-meningococco per i nuovi nati e per gli adolescenti (15 anni);
- introduzione del vaccino anti-Papilloma virus umano, con la doppia offerta a due coorti di nascita (11 e 15 anni compiuti) (Accordo Stato-Regioni, 2007). In questo modo nel 2012 si otterrà la saldatura delle coorti di nascita e ci saranno nove coorti di giovani donne immunizzate, rispetto alle quali negli anni successivi si potrà cominciare a fare valutazioni d'impatto del vaccino: sicurezza, durata della protezione e incrocio con i dati dei programmi di screening. Obiettivi di copertura vaccinale: 75% copertura con 3 dosi;
- introduzione dell'offerta gratuita del vaccino anti-Rotavirus a bambini affetti da particolari patologie croniche;
- riconduzione delle attività vaccinali all'interno del Dipartimento di Prevenzione. L'obiettivo è già stato enunciato nel 2008¹¹.

Prevenzione e controllo delle malattie infettive a prevenzione non vaccinale

Per quanto riguarda l'area di prevenzione e controllo delle malattie infettive a prevenzione non vaccinale gli obiettivi di salute indicati dal Piano nazionale della prevenzione sono compresi tra gli obiettivi prioritari della Regione Piemonte. Le azioni previste sono:

- contrastare la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse, con particolare attenzione all'HIV;
- ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare attenzione a quelle connesse a pratiche invasive e alla legionellosi;
- evitare la recrudescenza dei casi di TB con particolare riguardo ai casi che possono verificarsi in persone immigrate;

¹⁰ DGR n. 6-11554 dell'8/06/2009.

¹¹ DGR n. 1-8611 del 16/04/2008.

Semplificazione dell'offerta vaccinale

Introduzione di nuovi vaccini contro pneumococco, meningococco e HPV

Contrasto alle malattie sessualmente trasmesse, alle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, alle zoonosi

- ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali con particolare riferimento alle malattie a trasmissione alimentare;
- raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle comunità scolari, alle residenze per anziani e alle strutture sanitarie (Jefferson *et al.*, 2009);
- contrastare il fenomeno delle antibioticoresistenze in ambito umano e veterinario;
- contrastare l'introduzione di malattie trasmesse da vettori con particolare attenzione alle malattie da importazione.

Linee strategiche

Prevenzione e controllo delle malattie infettive a prevenzione non vaccinale

Sorveglianza web based

Il coordinamento e l'integrazione di tutte le linee di sorveglianza delle malattie infettive, umane e animali, potranno essere facilitati dalla predisposizione di un unico collettore regionale informativo/informatico in capo al SeREMI. A livello nazionale è in sperimentazione una piattaforma *web-based* per la raccolta di tutti i sistemi di notifica e segnalazione e per la gestione degli *alert*. La Regione Piemonte, tramite il SeREMI, ha deciso di dotarsi di una propria piattaforma *web-based* e *open-source* – interfacciata con quella nazionale – per garantirsi la migliore flessibilità, operatività e integrazione tra i sistemi di sorveglianza locali. Attualmente la piattaforma è attiva per il sistema di notifica obbligatorio di malattia infettiva e alcune sorveglianze speciali. L'impegno per il futuro è quello di integrare e interfacciare la piattaforma con tutti i sistemi di sorveglianza regionali, incluso un dialogo specifico con i sistemi veterinari di epidemiosorveglianza e il sistema di sorveglianza delle MTA.

Coordinamento di tutte le linee di sorveglianza delle malattie infettive tramite una piattaforma *web-based* interfacciata con quella nazionale

Gestione delle emergenze e delle urgenze

L'esperienza della gestione della pandemia da H1N1v sarà capitalizzata per consolidare il sistema di gestione delle emergenze e delle urgenze, il coordinamento fra le strutture aziendali ed extra-aziendali, la comunicazione fra i professionisti e con la popolazione, il coinvolgimento dei MMG.

Dovrà essere rivisto il sistema delle reperibilità (per garantire maggiore tempestività di comunicazione e intervento, e disponibilità di competenze professionali nell'area delle malattie trasmissibili).

Saranno predisposte e/o aggiornate procedure/raccomandazioni condivise sulla base delle priorità e delle evidenze scientifiche e stimolata la produzione di percorsi e procedure locali.

Rafforzamento del sistema di gestione in emergenza delle malattie infettive, attivazione di procedure locali

Sviluppo dell'integrazione tra servizi e settori

La gestione coordinata delle azioni svolte da differenti strutture organizzative sarà facilitata dalla presenza – se necessari – di specifici snodi/centri di coordinamento tra strutture operative di riferimento regionale che intervengono sugli obiettivi strategici regionali. L'integrazione tra i Servizi ASL e con quelli delle ASO sarà favorita anche in questo caso dalla predisposizione e/o aggiornamento di procedure e raccomandazioni condivise, basate sulle priorità e sulle evidenze scientifiche, e dalla produzione di percorsi e procedure locali condivisi. Il necessario miglioramento e

Integrazione dei livelli ospedale/prevenzione/territorio/tessuto sociale nella prevenzione delle malattie infettive

integrazione delle attività di sorveglianza, prevenzione e controllo svolte dalla rete dei nodi SIMI con quelle svolte della rete dei referenti vaccinali potrà essere favorito dall'unificazione organizzativa delle due reti in tutte le ASL.

Educazione alla salute

L'educazione alla sessualità e alla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse è ben consolidata nei programmi di educazione rivolti alle scuole. Occorre trovare canali di comunicazione efficaci anche per la popolazione, soprattutto nei sottogruppi più deboli ed esposti al rischio di infezione, e facilitare l'accesso ai servizi di diagnosi e cura.

Occorre inserire nei programmi di educazione alla salute rivolti alle scuole anche progetti per la promozione delle misure igieniche aspecifiche e precauzioni universali. Le commissioni di vigilanza sulle strutture sanitarie e socio-assistenziali delle ASL porranno attenzione all'accertamento dell'esistenza di adeguate procedure di controllo del rischio infettivo (ad esempio attraverso l'adozione delle precauzioni universali).

Sarà data particolare attenzione all'attività rivolta al consumatore, anche attraverso iniziative di educazione sanitaria nelle scuole, finalizzata a migliorare le conoscenze dei cittadini sulle buone pratiche di sicurezza alimentare.

Attività vaccinali

Informatizzazione e centralizzazione degli archivi vaccinali

La difformità di registrazione e informatizzazione degli archivi vaccinali presenti nelle ASL dovrà essere superata tramite la realizzazione di un "collettore regionale" dei dati, già in fase di sperimentazione. Ciò consentirà un più tempestivo e agevole monitoraggio dei livelli di effettiva copertura vaccinale e più puntuali azioni di miglioramento e riorientamento degli interventi.

Consolidamento delle coperture vaccinali

Il livello regionale di copertura vaccinale dovrà essere generalmente consolidato. L'impegno sarà indirizzato a ottenere nei tempi stabiliti le soglie di copertura nelle zone che raggiungono tardivamente l'obiettivo e a ottenere l'aumento della coperture vaccinali nelle zone che si situano al di sotto della media regionale.

Dovrà essere diffusamente aumentata la copertura del richiamo della vaccinazione anti difterite-tetano (dT), complessivamente insufficiente.

Particolare attenzione sarà rivolta al miglioramento della copertura immunitaria contro la rosolia delle donne in età fertile, anche attraverso la vaccinazione contro la rosolia delle donne nel *post partum* realizzabile tramite la collaborazione con il Dipartimento Materno-Infantile.

Ulteriore attenzione dovrà essere rivolta al miglioramento della copertura vaccinale antinfluenzale e al potenziamento dell'offerta alle persone ad alto rischio.

Interventi organizzativi

In accordo con quanto già enunciato dalla Regione Piemonte nel 2008¹², dovrà essere superata la disomogeneità organizzativa delle ASL tramite la riconduzione delle attività vaccinali all'interno del Dipartimento di Prevenzione.

¹² DGR n. 1-8611 del 16/04/2008.

Il necessario miglioramento e integrazione delle attività della rete dei referenti vaccinali con quelle di sorveglianza, prevenzione e controllo svolte dalla rete dei nodi SIMI potrà essere favorito dall'unificazione organizzativa delle due reti in tutte le ASL.

Interventi di supporto

Saranno aggiornate le raccomandazioni sulle misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica dell'agosto 1999 con particolare riferimento al controllo delle malattie infettive a trasmissione aerea negli ambienti dedicati all'assistenza e alla elaborazione di protocolli di indagine e intervento comuni, a seguito di riscontro di agenti zoonotici in animali, prodotti di origine animale e consumatori.

I dati dell'analisi organizzativa già condotta presso le ASL e quelli risultanti dalla fase di ricognizione condotta dai Direttori della Prevenzione nei rispettivi territori di competenza saranno utilizzati per costruire modelli e "carichi di lavoro" su cui sollecitare l'adeguamento in sede locale sia per quanto riguarda l'organizzazione del lavoro che gli organici.

La rete di epidemiosorveglianza veterinaria si arricchirà di 4 presidi territoriali di osservazione ed elaborazione dati nelle ASL TO3, AL, NO e CN1.

Il consolidamento della sorveglianza di laboratorio delle malattie prevenibili con vaccino e la sorveglianza dei fallimenti vaccinali rappresentano obiettivi di completamento e miglioramento dell'attività vaccinale.

Monitoraggio

Il monitoraggio si avvarrà sostanzialmente dei risultati dei sistemi di sorveglianza.

Il sistema di sorveglianza attiva delle infezioni batteriche invasive consentirà di valutare l'impatto delle nuove campagne vaccinali.

Il CPO ha avviato un progetto di sorveglianza della frequenza di infezione e dei tipi circolanti di papilloma virus umano per stimare l'effetto della vaccinazione sulla circolazione virale.

Lo sviluppo di modelli matematici permetterà inoltre di stimare l'impatto della vaccinazione sul carcinoma della cervice e sullo screening.

L'informatizzazione e la centralizzazione degli archivi vaccinali migliorerà il monitoraggio degli indicatori di copertura (indicatori *proxy*).

Obiettivo generale di salute

Prevenzione delle malattie trasmissibili

Azioni	Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
Introduzione delle nuove vaccinazioni contro pneumococco, meningococco, virus HPV e rotavirus	Supporto del Gruppo Tecnico Vaccini del SeREMI per la definizione di calendari, istruzioni operative, precisazioni, documentazione informativa, ecc. Formazione Monitoraggio delle coperture vaccinali Elaborazione e diffusione di report sulla sorveglianza delle infezioni batteriche invasive attraverso i laboratori Progetto di sorveglianza della frequenza di infezione e dei tipi circolanti di papilloma virus umano Sviluppo di modelli matematici per stimare l'impatto della vaccinazione sul carcinoma della cervice e sullo screening Realizzazione e diffusione di report sulle coperture vaccinali	Implementazione delle nuove vaccinazioni, raccordo con MMG e PLS per uniformare la comunicazione, migliorare l'adesione e razionalizzare l'offerta secondo calendari standardizzati Implementazione della sorveglianza delle infezioni batteriche invasive attraverso i laboratori Informatizzazione degli archivi vaccinali e predisposizione di software di raccordo con il database regionale
Riconduzione delle attività vaccinali all'interno del Dipartimento di Prevenzione	Riconoscimento dei modelli organizzativi post-unificazione attraverso SeREMI e rete dei Direttori integrati della Prevenzione Assistenza alla definizione dei carichi di lavoro e alla risoluzione di problemi tecnico-giuridici	Per le ASL che non hanno già un modello organizzativo consono: proposizione e realizzazione di progetti di riordino
Contrastare la diffusione della malattie sessualmente trasmesse, con particolare attenzione all'HIV	Definizione di linee guida <i>evidence based</i> Formazione finalizzata alla costruzione del percorso e assistenza alla sua costruzione Assegnazione di specifico obiettivo al Direttore Generale per la costruzione di un PDTA Realizzazione e diffusione di report	Costruzione del PDTA che coinvolga e integri le strutture sanitarie con il tessuto sociale
Ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare attenzione a quelle connesse a pratiche invasive e alla legionellosi	Integrazione dei lavori del gruppo tecnico scientifico per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, SeREMI, Università, ARPA per la definizione e/o l'aggiornamento delle raccomandazioni sulla legionellosi Predisporre corsi di formazione che coinvolgano, nelle diverse realtà, il livello dell'assistenza ospedaliera, il Dipartimento di Prevenzione, il <i>risk manager</i> Realizzazione e diffusione di report	Replicare corsi di formazione a cascata che coinvolgano il livello dell'assistenza ospedaliera, la prevenzione, il <i>risk manager</i> Predisporre audit presso le strutture oggetto della vigilanza incrociata ¹³
Evitare la recrudescenza dei casi di TB con particolare riguardo ai casi che possono verificarsi in persone immigrate	Aggiornamento del Piano TB Assegnazione di specifico obiettivo al Direttore Generale per la costruzione di un PDTA Formazione finalizzata alla costruzione del percorso e assistenza alla sua costruzione Adeguamento del sistema di sorveglianza alle nuove indicazioni nazionali e sviluppo della sorveglianza delle antibioticoresistenze Realizzazione e diffusione di report	Potenziamento dell'attenzione (anamnesi, counselling, screening, profilassi) nei centri ISI e carceri e coordinamento con i referenti TB Costruzione del PDTA che coinvolga e integri le strutture sanitarie con il tessuto sociale (volontariato, servizi sociali, mediatori culturali)

¹³ DGR n. 62-7924 del 21/12/2007 e segg.

Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali con particolare riferimento alle malattie a trasmissione alimentare	<p>Gruppo di lavoro per la ricognizione, l'analisi e la rendicontazione delle criticità del PRISA</p> <p>Realizzazione e diffusione di report</p> <p>Collegamento e analisi dati provenienti dal sistema di sorveglianza MTA e dati laboratori di microbiologia</p> <p>Approfondimenti sulle zoonosi legate agli animali da affezione</p>	<p>Migliore definizione dei compiti dei gruppi aziendali PRISA</p> <p>Elaborazione di protocolli di indagine e intervento comuni</p> <p>Migliore operatività e integrazione del gruppo locale MTA</p> <p>Prosecuzione attività connesse allo "sportello per gli animali di affezione"</p>
Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle comunità scolari, alle residenze per anziani e alle strutture sanitarie	Supporto di DoRS per la definizione di linee guida <i>evidence based</i>	Inserimento del piano specifico di educazione alla salute nel PEaS
Gestione delle emergenze	<p>Analisi dei punti di forza e delle criticità nella gestione della pandemia</p> <p>Ri-calibrazione del piano regionale per la gestione delle emergenze infettive</p>	<p>Analisi dei punti di forza e delle criticità nella gestione della pandemia</p> <p>Redazione del piano locale per la gestione delle emergenze infettive</p>
Contrastare il fenomeno delle antibioticoresistenze in ambito umano e veterinario	<p>Istituzione centro di coordinamento per le antibioticoresistenze</p> <p>Sviluppo di un sistema di sorveglianza regionale e avvio sperimentale di un sistema di sorveglianza rapida per eventi significativi (es. resisto-tipi emergenti)</p> <p>Sviluppo del coordinamento e integrazione del sistema di sorveglianza delle antibioticoresistenze nell'uomo con sistemi di sorveglianza operanti nel settore veterinario</p> <p>Attività di formazione</p> <p>Produzione report annuali e studi</p>	<p>Potenziamento dell'attenzione</p> <p>Replicare corsi di formazione a cascata che coinvolgano il livello dell'assistenza ospedaliera e territoriale, la prevenzione</p>
Contrastare l'introduzione di malattie trasmesse da vettori, con particolare attenzione alle malattie di importazione	<p>Monitoraggio diffusione zanzara tigre in ambito urbano e sua georeferenziazione (IPLA)</p> <p>Analisi dei rischi di importazione di patogeni per l'individuazione di priorità di intervento</p> <p>Produzione procedure di intervento</p> <p>Sperimentazioni e verifiche di tecniche di lotta alle zanzare in ambito urbano (IPLA)</p> <p>Attività di formazione e informazione</p>	<p>Sensibilizzazione autorità locali</p> <p>Collaborazione con le autorità locali per l'attuazione di eventuali interventi</p> <p>Attività di formazione e informazione</p>

Bibliografia

Gruppo per la "Evidence Based Prevention", Agenzia Regionale di Sanità Toscana. *Introduzione universale della vaccinazione contro le patologie causate da Streptococcus pneumoniae nei bambini e negli adulti: prove di efficacia*. Luglio 2007.

Jefferson T *et al.* Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ* 2009.

Krause G. Prioritisation of infectious diseases in public health. *Eurosurveillance* 2008; Vol. 13, Issue 40: 2.

Ministero della Salute. *Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia*. Accordo Stato-Regioni, 20 dicembre 2007.

5. Prevenzione dei rischi in ambienti di vita

Elementi di responsabilità sociale

Diritto del cittadino alla salubrità dell'ambiente di vita e lavoro:

- maggiore efficacia della riduzione dei rischi derivanti da esposizione a sostanze chimiche e fisiche attraverso il superamento della frammentazione delle conoscenze e degli interventi;
- trasparenza dell'informazione e della comunicazione e maggior possibilità di incidere sulle decisioni e gli interventi da attuare a livello locale;
- maggiori garanzie di soluzione efficace delle situazioni di crisi.

Dovere di ciascun cittadino di assumere comportamenti coerenti con il mantenimento della salubrità dell'ambiente di vita e lavoro:

- promozione di consapevolezza in merito ad atteggiamenti culturali e comportamenti nella direzione di ridurre i pericoli e prevenire i rischi.

Obiettivi innovativi

- Rendere più efficace la raccolta delle informazioni relative al territorio e alla distribuzione dei pericoli considerando fonti di dati molteplici e integrandole.
- Orientare e calibrare gli interventi in base ai rischi.
- Affrontare problematiche emergenti (ricadute del regolamento REACH, diffusione degli allergeni, sostanze presenti nei cosmetici e nei pigmenti per tatuaggio, rischi legati alla pratica del piercing, ecc.).
- Associare alla formazione agli operatori una intensa attività di sensibilizzazione e di coinvolgimento dei cittadini.

Metodi innovativi

- Approccio integrato e interdisciplinare alle problematiche relative ai rischi chimici e fisici presenti in ambienti di vita (integrazione dei sistemi informativi, ricorso a revisioni sistematiche, circolazione delle informazioni).
- Coinvolgimento di tutti gli enti deputati al controllo dell'ambiente e della salute, partecipazione delle comunità interessate e creazione di occasioni di scambio di informazioni e di confronto tra i differenti portatori di interesse.
- Costruzione di mappe di rischio territoriali, riferite a rischi sia ambientali sia occupazionali, per meglio definire e mirare le situazioni critiche su cui intervenire.
- Approccio integrato ai rischi emergenti.

Strumenti di governo e valutazione

- Individuazione di obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL.
- Attività di controllo pianificate negli ambienti di vita.
- Attivazione dei Coordinamenti tecnici regionali dedicati a tematiche specifiche.
- Attribuzione di compiti di verifica e controllo per i livelli regionale e locale.

Dimensione epidemiologica

L'OMS (WHO, 2006) definisce "l'ambiente" come "l'insieme dei fattori fisici, chimici e biologici esterni all'uomo e tutti i comportamenti correlati con l'esclusione degli ambienti naturali che, ragionevolmente, non possono essere modificati". Il principio

della “Salute in tutte le politiche” suggerisce di agire su questo determinante su tutta la filiera lungo la quale si dipanano le azioni della collettività.

L’ambiente di vita influenza la salute durante l’intero ciclo della vita umana: dal concepimento e dalle prime differenziazioni di sviluppo cellulare, allo sviluppo pre- e post-natale e alla crescita puberale, fasi caratterizzate da una maggiore vulnerabilità alle esposizioni ambientali sfavorevoli (Tamburlini *et al.* 2002), all’età adulta, ove agiscono fattori residenziali e occupazionali, fino all’età anziana, particolarmente sensibile agli effetti climatici e dell’inquinamento atmosferico.

Le esposizioni ambientali sono caratterizzate da dosi basse e azione sinergica con altri fattori, per lo più socio-economici e occupazionali, che modificano il rischio per la salute e la relazione che si instaura tra l’ambiente e la salute in un individuo o in un gruppo.

Vari studi in precedenza hanno tentato di quantificare il carico di malattia complessivo (definito *global burden of disease*, GBD), dovuto ai principali rischi ambientali (Smith *et al.*, 1999; Prüss *et al.*, 2002), fino all’ultima pubblicazione dell’OMS (2006) su questo tema, che a livello globale attribuisce a fattori ambientali circa un quarto del carico di malattia (23%) e più di un terzo nell’età pediatrica (36%).

Per l’Italia, in linea con le percentuali dei Paesi occidentali, queste percentuali sono minori, scendendo rispettivamente al 13% e al 19%, dato il minore impatto di importanti determinanti ambientali (scarsità di acqua potabile, servizi igienici, infezioni intestinali, infezioni respiratorie) tipici dei Paesi in via di sviluppo.

Nel presente capitolo saranno presi in considerazione i determinanti fisici, chimici e biologici (aria, acqua, suolo, ambienti confinati, sostanze usate nella vita quotidiana; UV e radiazioni ionizzanti; rumore, campi elettromagnetici) e l’ambiente costruito; una sezione separata sarà dedicata ai rischi connessi con l’esposizione ad amianto; infine saranno considerati i rischi emergenti a partire da determinanti diversi.

Determinanti fisici, chimici e biologici

I determinanti ambientali sono tradizionalmente classificati in fisici, biologici e chimici:

- gli agenti fisici comprendono le radiazioni infrarosse, luminose e ultravioletta, le radiazioni ionizzanti, le radiazioni elettromagnetiche, i campi elettromagnetici, oltre a parametri noti quali il rumore, le vibrazioni meccaniche, la temperatura, l’umidità e la ventilazione;
- gli agenti biologici sono costituiti dai microrganismi che trovano nell’ambiente il loro habitat naturale, oppure da patogeni per i quali il suolo rappresenta un veicolo di trasmissione al pari di altri come l’aria, l’acqua o gli alimenti;
- infine, le sostanze chimiche, particolarmente rilevanti dal punto di vista epidemiologico e tossicologico, hanno assunto un ruolo di primo piano nei paesi industrializzati come il nostro; si stima che siano più di 300.000 le molecole di sintesi ad oggi prodotte, delle quali circa 50.000 sono di uso quotidiano e contribuiscono a formare i cosiddetti inquinanti diffusi, ovvero sostanze caratterizzate da emissioni non puntiformi e per questo di difficile controllo.

I determinanti che presentano il maggiore impatto sulla salute presenti nella nostra regione sono i seguenti:

- l’inquinamento atmosferico in ambiente outdoor, in particolare nelle aree urbane della Pianura Padana, con effetti a breve e lungo termine:
 - tra gli effetti a breve termine si ricordano gli aumenti della mortalità naturale e cardio-respiratoria e dei ricoveri ospedalieri per patologie respiratorie (in

particolare bronchiti, broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma) e cardiovascolari (in particolare ischemie miocardiche), soprattutto delle fasce di popolazione più anziana;

- tra gli effetti a lungo termine si segnalano, oltre alle patologie respiratorie e cardiovascolari, anche il tumore del polmone;
- l'esposizione indoor a radon e inquinanti chimici indoor, con incrementi:
 - del tumore polmonare per esposizione a radon;
 - delle patologie respiratorie per esposizione a inquinanti indoor;
- l'esposizione ad amianto in ambiente di vita, con conseguente aumento di mesoteliomi pleurici e peritoneali;
- l'esposizione a rumore in ambiente di vita, con conseguente aumento di:
 - ipertensione;
 - patologie cardiovascolari;
- l'esposizione a sostanze chimiche cancerogene in ambiente di vita, sia diretta, sia indiretta tramite contaminazione della catena alimentare. Le sostanze chimiche più diffuse e di maggior rilievo ambientale e sanitario comprendono le sostanze tossiche organiche persistenti e bioaccumulabili, quali i microinquinanti (diossine, PCB), i pesticidi, gli idrocarburi alogenati e aromatici (solventi largamente utilizzati dall'industria delle benzine e sospettati di avere azione leucemogena), gli idrocarburi policiclici aromatici e i metalli;
- eventi climatici avversi, quali le ondate di calore estive e le ondate di freddo invernali, che colpiscono prevalentemente le fasce di popolazione estreme (neonatale e più anziana).

La prevenzione di questi effetti richiede uno sforzo complesso di azione, sia sui comportamenti e gli stili di vita sia sulle norme e le misure istituzionali, ottenibile solo attraverso l'interazione di più livelli (da quello politico a quello tecnico) e di più settori (dai trasporti, all'energia, all'agricoltura, all'industria, alla scuola). Infatti ogni sostanza presente nell'ambiente umano, se assunta o assorbita in quantità inappropriata, può risultare dannosa; in tali casi il rischio per la salute è tanto più stimabile quanto più sono note, per ogni singolo individuo, le dosi di concentrazione ambientale, le vie di assorbimento e di metabolismo, i tempi di esposizione, gli organi bersaglio, gli effetti delle sostanze e dei metaboliti sulle cellule e sulla salute della popolazione esposta. Un intervento efficace di contenimento di inquinanti in ambienti indoor è rappresentato dalla Legge 3/2003 contro il fumo di tabacco: secondo i dati PASSI 2008 in Piemonte nove persone su dieci ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumare nei luoghi pubblici o di lavoro, con valori superiori a quelli registrati a livello nazionale. Le azioni di contrasto al fumo di tabacco sembrano aver avuto conseguenze anche negli ambienti domestici in quanto solo un adulto su quattro e un fumatore su due dichiarano che si può fumare nella propria abitazione. Un punto critico per il rispetto della legge risultano i locali pubblici frequentati dai giovani: secondo loro in questi luoghi la legge è "sempre" rispettata in poco più della metà dei casi.

Molto raramente tutte queste informazioni sono già disponibili e per comprenderle è necessario ricorrere a studi tossicologici o epidemiologici di popolazione, che devono basarsi e originare dall'alleanza e dalla collaborazione tra enti deputati alla tutela della salute e dell'ambiente, come ripetutamente riportato in numerosi documenti dell'OMS.

Sempre secondo l'OMS il coordinamento degli esperti di salute pubblica, di sicurezza alimentare e dell'ambiente, nonché l'integrazione tra diverse competenze (mediche, veterinarie, biologiche, tossicologiche, ecc.) costituiscono la strategia vincente nell'affrontare i problemi di salute pubblica. La difficoltà di riunire queste competenze in un unico sforzo di lavoro interdisciplinare è molto sentita a tutti i

livelli, considerato l'enorme impatto non solo sulla salute ma anche sull'economia dei flussi commerciali di numerosi prodotti usati nella vita quotidiana, di alimenti e di animali.

Ambiente costruito

L'ambiente costruito è costituito dall'insieme degli spazi e delle infrastrutture, come le abitazioni, le scuole, le aree verdi, le strutture sportive, le strade e il complesso della viabilità, che sono create e/o modificate dagli uomini. Esiste un documentato legame fra l'ambiente costruito, le condizioni di salute e le disuguaglianze nei profili di salute nella popolazione. In letteratura sono riportati numerosissimi esempi di azioni sostenibili ed efficaci applicabili sull'ambiente costruito, sperimentate con successo in diversi Paesi del mondo. L'ambiente costruito è un determinante distale della salute e quindi agire su di esso consente di influenzare molti aspetti della salute (salute mentale, malattie cardiocircolatorie, traumi e incidenti, malattie dell'apparato respiratorio, ecc.).

Si evidenziano alcuni aspetti esemplificativi dell'ambiente costruito che possono supportare condizioni di salute migliori e più eque. In particolare alcuni aspetti correlati con la possibilità di svolgere attività fisica, come ad esempio la disponibilità di spazi verdi o la qualità della circolazione stradale, sono elementi contenuti in altre sezioni di questo Piano.

Qui invece si vuole sottolineare il ruolo delle condizioni abitative e della qualità dell'aria indoor: umidità, qualità del riscaldamento, condizioni igieniche, presenza di radon, ecc. sono correlate, soprattutto, con la prevalenza e le esacerbazioni dell'asma. È da considerare inoltre che la rumorosità ambientale influenza la salute sia per quanto attiene la capacità sensoriale (sordità da rumore), sia, soprattutto, per quanto riguarda la qualità della vita (effetti non uditivi del rumore, *annoyance*, disturbi del sonno, ecc.). La qualità dell'ambiente costruito (viabilità, materiali di costruzione delle abitazioni, ecc.) può agire in modo significativo sul controllo della rumorosità ambientale di natura non occupazionale.

Rischi emergenti

Alcuni rischi emergenti sono oggi costituiti dalla diffusione di sostanze di origine biologica (es. pollini stagionali), dalla contaminazione con agenti biologici infettivi veicolati nelle pratiche di tatuaggio e piercing, dall'utilizzo di sostanze chimiche nella vita quotidiana, come i cosmetici e i pigmenti per tatuaggi, dall'impiego di UV in talune attività di cura del corpo. Questi fattori sono in grado di causare problemi quali ad esempio reazioni allergiche, infezioni, malattie cronico-degenerative, comprese le neoplasie.

Per quanto riguarda, in particolare, il rischio emergente costituito dalla diffusione di allergeni occorre dire che le sindromi allergiche sono frequenti e in continuo aumento e costituiscono un problema di salute emergente. Infatti, nel tempo, si è assistito e si assiste ad aumento costante del numero delle sostanze in grado di scatenare sindromi allergiche: sostanze chimiche, additivi alimentari, fibre sintetiche, ed è aumentata, soprattutto, la frequenza complessiva delle esposizioni ai vari allergeni (si pensi, in proposito all'enorme consumo di farmaci).

La maggior frequenza delle allergopatie viene segnalata nelle nazioni più industrializzate e a più elevato tenore di vita.

In Italia, anche se soltanto negli ultimi anni sono state iniziate indagini epidemiologiche mirate, si può ritenere che, in via approssimativa, il 15% della popolazione presenti manifestazioni allergiche, di diversa entità clinica; percentuali superiori sono riportate per altre nazioni europee.

Alcuni recenti studi epidemiologici hanno messo in evidenza come sia proprio il sistema di vita "occidentale" (*western life style*), inteso soprattutto come differenza nell'alimentazione, nell'igiene ambientale e nell'esposizione alle infezioni nei primi anni di vita, a costituire un fattore di rischio per molte delle malattie allergiche.

L'aumentata incidenza di sensibilizzazioni riguarda tutti gli allergeni, siano essi da inalazione (pollini, acari, derivati animali, miceti, ecc.) da ingestione (alimenti, farmaci), da iniezione o da puntura (farmaci, veleni di insetti) ovvero da contatto (sostanze chimiche varie, ecc.).

Le allergopatie riguardano tutte le fasce di età, ma soprattutto quelle infantili e giovanili: la dermatite atopica e le manifestazioni cliniche dell'allergia alimentare sono molto frequenti nella primissima età della vita per poi decrescere gradualmente; l'asma bronchiale da allergeni ambientali (soprattutto da dermatofagoidi), inizia frequentemente verso il 3°-4° anno; la rinite allergica inizia, in genere, dopo il 5° anno di età più spesso da allergeni ambientali, mentre la pollinosi inizia spesso più tardivamente, con un picco di incidenza verso i 20-30 anni per i pollini di parietaria, delle composite (es. Ambrosia), graminacee e di altre piante erbacee ed arboree.

Il problema degli allergeni causa anche un significativo impatto di natura socio-economica: secondo l'*European Allergy White Paper* i costi stimati (1997) per le nazioni della regione europea ammontano annualmente a oltre 10 miliardi di euro per i costi diretti (spese mediche e ospedaliere, spese per diagnostica e terapie) e a quasi 19 miliardi di euro per i costi indiretti (perdita di giornate lavorative, ecc.).

Tra gli altri, occorre sottolineare quelli legati all'esposizione a fattori di moda e di tendenza in continua espansione, quali ad esempio l'uso di lampade abbronzanti per scopi estetici e il ricorso a pratiche di tatuaggio e piercing. I rischi spesso si associano a modalità di esposizione incontrollate e protratte nel tempo. Per quanto attiene le prime, recenti studi sembrano confermare un notevole incremento del rischio cumulativo di cancerogenicità cutanea (basaliomi, spinaliomi), mentre il rischio di sviluppare un melanoma cutaneo è maggiormente legato a episodi acuti di scottatura. In UK è stato stimato che ogni anno circa 100 decessi per melanoma possano essere associati all'esposizione alle lampade abbronzanti. Studi recenti condotti in regione Piemonte hanno inoltre evidenziato che i manuali d'uso delle apparecchiature spesso mostrano incongruenze riferibili alle caratteristiche tecniche delle macchine; di conseguenza i valori effettivi di emissione possono risultare più alti di quelli accettabili, con evidenti possibili danni alle persone per mancato rispetto dei limiti di dose annuale e del tempo della prima esposizione.

Relativamente al fenomeno delle pratiche legate al tatuaggio e piercing, particolare attenzione deve essere posta alla composizione chimica e all'evoluzione microbiologica nel tempo degli inchiostri impiegati. L'analisi chimica dei campioni di pigmenti inorganici e organici prelevati in alcuni laboratori di tatuaggio presenti sul territorio piemontese ha evidenziato la presenza e/o il rilascio di ammine aromatiche cancerogene su circa il 30% dei campioni (in particolare costituiti da pigmenti di colore rosso e giallo) nonché il superamento in almeno 1/3 dei campioni analizzati dei limiti previsti dalla *Resolution ResAP (2008)1 on requirements and criteria for the safety of tattoos and permanent make-up* per alcuni metalli quali alluminio, rame, cadmio, cromo, nichel cobalto e piombo. Occorre inoltre considerare il fattore allergico e di sensibilizzazione che gli inchiostri possono generare, mentre il rischio microbiologico è risultato non prioritario.

Descrizione organizzativa in termini di competenze, programmi, eccellenze e criticità

In Piemonte le attività di tutela della popolazione dai rischi negli ambienti di vita (monitoraggio, sorveglianza, controllo) fanno capo principalmente ai Dipartimenti di Prevenzione, all'ARPA, all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) per quanto concerne la tutela dalla possibile contaminazione della catena alimentare.

L'ARPA è il soggetto che la normativa attuale individua come soggetto deputato alla prevenzione e al controllo dei fattori di rischio ambientale. Tale attività si attua mediante programmi di sorveglianza e monitoraggio dei principali determinanti ambientali che sono stati individuati come fattori di rischio prioritari per la salute:

- controllo e tutela delle acque superficiali e sotterranee;
- monitoraggio della qualità dell'aria in ambiente urbano e non;
- individuazione e controllo delle aree contaminate e soggette a bonifica;
- vigilanza sanitaria e ambientale sulle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- pareri tecnici sulle valutazioni di impatto ambientale (VIA) e valutazioni ambientali strategiche (VAS) di impianti produttivi o grandi opere;
- controllo e misura dei livelli di rumore in aree residenziali e non.

Eccellenze

La Regione Piemonte possiede alcuni Servizi in campo di sanità pubblica, epidemiologico ambientale, veterinario, della verifica e controllo delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti che costituiscono oggi dei modelli di riferimento in campo nazionale.

Negli ultimi anni, sono cresciute esperienze significative sulle tematiche ambiente e salute. Dal 2005 sono operativi gruppi di lavoro integrati tra ASL, ARPA e IZS, la cui attività ha portato a:

- sviluppo di tecniche di valutazione di impatto ambiente/salute con stesura di protocolli operativi integrati per la gestione dei fattori di pressione ambientale e sanitaria con il coinvolgimento delle amministrazioni locali;
- iniziative di collaborazione tra ARPA, IZS e Dipartimenti di Prevenzione per il potenziamento delle attività analitiche e di controllo degli inquinanti chimici lungo la catena alimentare;
- iniziative di collaborazione tra ARPA e Dipartimenti di Prevenzione per la caratterizzazione chimica dei pigmenti e il monitoraggio delle emissioni UV prodotte da apparecchiature utilizzate a fini estetici;
- preparazione delle linee guida per la definizione dei rapporti tra i Dipartimenti di Prevenzione e l'ARPA¹. In tale documento sono declinati alcuni livelli di interazione/integrazione tecnica in Regione Piemonte tra Servizio Sanitario Regionale e ARPA, necessari a potenziare l'efficacia di alcune delle attività che possono concorrere alla prevenzione dei danni di origine ambientale e alla promozione di un ambiente più favorevole al benessere e alla salute.

Per affrontare in modo efficace i casi di inquinamento ambientale che metta a rischio la sicurezza alimentare e la salute pubblica, sono stati istituiti² coordinamenti tecnici regionali e un gruppo di progetto integrato. Ai coordinamenti tecnici sono assegnati i seguenti compiti:

- favorire la pronta condivisione delle informazioni e di ogni elemento utile alla piena comprensione dei fenomeni;

¹ Approvate con DGR n. 17-11422 del 18/05/2009.

² Con DGR n. 9-8745 del 12/05/2008.

- valutare gli elementi disponibili per gestire il rischio, favorendo l'azione sinergica dei provvedimenti, orientandoli in forma integrata per la miglior soluzione praticabile al fine di ridurre e prevenire il pericolo;
- coordinare la gestione dell'informazione e della comunicazione del rischio alle comunità interessate;
- il gruppo di progetto, integrando competenze di epidemiologia medica, veterinaria e ambientale, ha il compito di supportare le Autorità sanitarie attraverso la realizzazione di ricerche scientifiche ed elaborazioni dati necessarie a definire le caratteristiche del pericolo, la portata del rischio e le conseguenze attese a seguito degli interventi di controllo e prevenzione.

Criticità

Tra le criticità da superare si segnalano:

- la necessità di affinamento delle modalità di collaborazione integrata prevista e auspicata dalle norme di indirizzo nazionale tra Sistema Sanitario e Sistema Ambientale ai vari livelli (Regione, Province, Comuni, ARPA, ASL, IZS). La predisposizione di programmi annuali e pluriennali di attività coordinati per l'ARPA e per i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL (anche sotto forma di obiettivi di risultato) rappresenterebbe sotto questo aspetto un primo passo avanti verso forme di coordinamento più efficaci e sinergiche;
- l'insufficiente capacità di affrontare e gestire talvolta in modo coordinato tra i vari attori coinvolti le emergenze che ricadono contemporaneamente in campo ambientale e sanitario;
- una gestione poco coordinata della comunicazione del rischio per la salute alla popolazione, in cui sarebbe maggiormente auspicabile la trasparenza dell'informazione da parte degli enti pubblici e una maggiore possibilità di divulgazione degli interventi da attuare a livello locale;
- difficoltà nell'elaborazione di piani e procedure regionali di adeguamento alla normativa REACH sulle sostanze chimiche, che necessiterebbero di maggiore sistematicità e formalizzazione.

Azioni di contrasto alle disuguaglianze

Le aree maggiormente critiche sotto l'aspetto ambientale (in prossimità di assi stradali ad alto traffico, discariche, inceneritori, industrie) sono anche aree che, per il conseguente deprezzamento del valore degli immobili residenziali, presentano percentuali elevate di popolazione residente svantaggiata sotto l'aspetto socio-economico.

Il connubio tra esposizioni nocive ambientali e stili di vita rischiosi tipici delle fasce di popolazione più svantaggiate determina un effetto di potenziamento sui rischi complessivi maggiore della semplice somma degli effetti dell'esposizione ambientale e socioeconomica, determinata dal contesto residenziale e abitativo.

Azioni di contrasto in questo campo vanno quindi rivolte a migliorare gli standard dei servizi sociali, sportivi, commerciali, culturali, disponibili in questi contesti abitativi, mediante l'adozione di piani regolatori sociali e non solo urbanistici, oltre che ovviamente ad appoggiare l'azione di riduzione delle emissioni ambientali, sia con l'allargamento dove possibile delle fasce di rispetto, sia con limitazioni maggiori sulle emissioni consentite.

Obiettivi generali di salute, linee strategiche e interventi di supporto

Per ridurre l'incidenza delle patologie causate da agenti chimico-fisici è necessario innanzitutto tendere alla riduzione delle esposizioni (biologiche, chimiche e fisiche) presenti negli ambienti di vita e al contemporaneo riorientamento culturale nei confronti dell'ambiente costruito (progettazione, uso e manutenzione e conseguenti interventi di vigilanza e controllo).

Per la riduzione dell'inquinamento atmosferico occorre favorire l'adozione di misure di incentivo ai trasporti pubblici e alla mobilità sostenibile, oltre che di interventi più efficienti nel campo del teleriscaldamento.

Per l'inquinamento indoor particolare attenzione deve essere posta ai problemi del radon e dell'amianto, mentre è necessario contenere entro i limiti di legge il livello degli inquinanti ambientali di maggior impatto sulla salute e tenere sotto controllo la loro diffusione nella catena alimentare.

Linee strategiche

L'ambiente di vita necessita di un approccio olistico alle problematiche ambientali e sanitarie. Per poter ottenere un miglior coordinamento delle attività dei vari enti deputati alla prevenzione e al controllo è opportuno:

- consolidare una visione di filiera degli interventi di prevenzione da effettuare sul territorio;
- aumentare la capacità delle ASL e dell'ARPA di operare in modo integrato tra di loro e con le altre istituzioni locali;
- irrobustire nei servizi sanitari la metodologia del *risk assessment* e dell'*health impact assessment* per la componente sanitaria di supporto alla VIA e alla VAS;
- riorientare i Servizi del Dipartimento di Prevenzione nella direzione della promozione di un maggiore livello di attenzione agli effetti dell'ambiente costruito sulla salute e alle conseguenti azioni in sede di pianificazione, realizzazione, manutenzione (azione importante nel contesto dei PePS);
- diffondere una maggior consapevolezza in merito ai rischi emergenti per migliorare l'efficacia delle attività di vigilanza;
- riorientare i sistemi di vigilanza e controllo verso la graduazione del rischio;
- ridimensionare il tasso di ritualizzazione degli interventi ed elevare invece la capacità di cogliere i mutamenti e l'insorgere di nuovi rischi;
- irrobustire il sistema di comunicazione del rischio;
- sviluppare modalità integrate ed efficaci di gestione delle emergenze ambientali.

Emergenze ambientali

In Regione Piemonte è assente oggi un centro di riferimento univoco per la gestione delle emergenze ambientali e delle relative conseguenze in campo tossicologico. Altre regioni, quali ad esempio la Lombardia, hanno più di una struttura regionale deputata a fornire indicazioni preventive e di intervento nel caso di emergenze ambientali, mentre la nostra Regione ne è completamente priva.

In caso di emergenze chimiche o fisiche derivanti da incidenti a frazioni più o meno vaste di popolazione gli operatori delle ASL e dell'ARPA si sono spesso trovati nella condizione di doversi rivolgere per un supporto, sotto l'aspetto tossicologico, a centri lombardi o nazionali, spesso non raggiungibili con facilità e in assenza di protocolli di supporto validati. È auspicabile la creazione tra i vari enti di forme

Approccio integrato e interdisciplinare alle problematiche relative ai rischi presenti in ambienti di vita

collaborative efficaci per la gestione di tali emergenze o di un vero e proprio centro regionale di riferimento agente in collaborazione e coordinamento con il sistema 118, oltre che con il sistema di reperibilità delle ASL e dell'ARPA.

Rischi connessi all'esposizione ad amianto

Dimensione epidemiologica del problema

L'esposizione ad amianto, tenuto presente l'impatto che questo problema ha avuto in Piemonte, è un aspetto dell'ambiente costruito che merita di essere trattato a parte e con particolare attenzione.

L'inalazione di fibre di amianto determina l'insorgenza di asbestosi, una specifica fibrosi polmonare, e di neoplasie dell'apparato respiratorio e di altre sedi. In particolare l'esposizione ad amianto è causa della quasi totalità dei casi di mesotelioma maligno e di una parte (nei diversi studi la stima è del 5-15%, a seconda della frequenza di soggetti esposti nella popolazione generale) dei casi di tumore maligno del polmone. In una recente valutazione dell'Agenzia Internazionale per le Ricerche sul Cancro (IARC) è stata riconosciuta anche l'associazione causale con i tumori maligni della laringe e dell'ovaio. Alcuni autori sono propensi anche a riconoscere un'associazione causale con i tumori dell'apparato digerente ma i pareri in proposito sono discordi. Tutte le forme di amianto (crisotilo e anfiboli) hanno la proprietà di indurre asbestosi e neoplasie. Il rischio varia con il tipo di fibre, l'intensità di esposizione, la dose di esposizione (intensità media per durata), la durata dall'inizio dell'esposizione (latenza) e, secondo alcuni autori, anche con l'età alla prima esposizione.

Studi condotti negli ultimi anni, anche in Piemonte, hanno evidenziato che il rischio di mesotelioma aumenta anche in conseguenza di esposizione ad amianto di tipo extralavorativo ai livelli riscontrati nell'ambiente in prossimità di fonti di esposizione e nell'ambiente domestico in presenza di materiali o manufatti o indumenti contaminati.

In Italia l'uso di amianto è bandito dal 1992³. Peraltro l'esposizione ad amianto non è ancora effettivamente cessata a causa della grande quantità di materiale tuttora presente in edifici industriali e anche civili. Relativamente al mesotelioma maligno, patologia indice di esposizione ad amianto, è atteso un declino dell'incidenza di mesoteliomi maligni in conseguenza del bando agli usi dell'amianto stabilito nel 1992 ed entrato in vigore nei due anni successivi, ma tale declino non è ancora osservabile: la patologia scomparirà completamente alcuni decenni dopo il completamento della bonifica. Pertanto, la sorveglianza epidemiologica sul mesotelioma non è un semplice adempimento alla Direttiva UE del 1983 e alla successiva legislazione italiana, ma anche uno strumento per verificare l'efficacia del bando e l'eventuale persistenza di fonti di esposizione nella popolazione.

In Piemonte l'esposizione ad amianto in ambito lavorativo ed extralavorativo è stata estremamente rilevante per quantità, durata e numero di soggetti esposti. Tra le valutazioni effettuate in proposito si segnala quella riportata nel Piano regionale di protezione, decontaminazione, smaltimento e bonifica dell'ambiente ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto, del febbraio 2001⁴, che stima in circa 5000

³ Legge 27/03/1992, n. 257

⁴ Promulgato con DGR n. 51-2180 del 5/02/2001, ai sensi della Legge 27/03/1992, n. 257 (art. 10) e del DPR 8/08/1994.

i lavoratori piemontesi esposti in passato. Attualmente, il numero annuo di nuovi casi di mesotelioma che vengono diagnosticati nella nostra regione è intorno a 200.

Normativa e attività istituzionali in Piemonte

La Regione Piemonte ha sviluppato specifiche esperienze in tema di protezione dai rischi dell'amianto, sia per peculiarità di contesto correlate alla presenza di stabilimenti di produzione di manufatti in Eternit e del sito amiantifero di Balangero, sia per la particolare attenzione a problematiche di prevenzione in ambiente di lavoro e di sorveglianza sanitaria. Le esperienze sviluppate costituiscono buone pratiche di riferimento per tutte le realtà regionali in tema di sorveglianza sanitaria degli ex esposti e di criteri di priorità di intervento per le bonifiche, il controllo e la partecipazione tecnico-operativa nelle bonifiche dei siti di interesse nazionale.

Prima tra le regioni italiane, nel 2001 il Piemonte ha presentato il Piano regionale di protezione dall'amianto, il cui aggiornamento è in fase di approvazione. Recentemente è stata emanata la Legge recante norme per la tutela della salute, il risanamento dell'ambiente, la bonifica e lo smaltimento dell'amianto⁵, la quale affronta il problema ad ampio raggio, stabilendo indicazioni per la bonifica e lo smaltimento, per l'informazione alla popolazione, per l'attività di sorveglianza e registrazione e per il sostegno alle persone affette da malattie correlabili all'amianto.

È stato inoltre recentemente istituito il Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto⁶, con funzioni sovrazionali per le attività di gestione ordinaria e straordinaria delle problematiche sanitarie amianto-correlate (vedere par. 1.4.7).

Attività svolte dalle ASL e dall'ARPA

Nel 2009⁷ sono stati definiti alcuni livelli di interazione/integrazione tecnica in Regione Piemonte fra Servizio Sanitario regionale e ARPA Piemonte, necessari a potenziare l'efficacia di alcune attività che possono concorrere alla prevenzione dei danni di origine ambientale e alla promozione di un ambiente più favorevole al benessere e alla salute. Ciò anche attraverso la razionalizzazione di alcune procedure, per agevolare l'operatività quotidiana degli operatori, ottimizzare l'utilizzo delle risorse e facilitare l'identificazione dell'interlocutore da parte di amministratori e cittadini.

La deliberazione quindi stabilisce, anche per quanto riguarda il tema dell'amianto, i campi nei quali ARPA e ASL sono competenti: in particolare all'ASL compete quel che riguarda la presenza di amianto nei luoghi di lavoro e negli edifici ad uso di civile abitazione, nonché nelle aree di cantiere, confinate o meno. L'ARPA invece è competente negli ambiti dei rifiuti, dei siti dismessi e negli ambienti non confinati al di fuori delle aree di cantiere. L'ARPA inoltre esegue attività analitica di laboratorio su richiesta di soggetti esterni, quali le ASL, i Comuni, le Province, la Regione, l'Autorità Giudiziaria, i privati.

Relativamente alle attività del Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e prevenzione dei rischi da amianto (vedere par. 1.4.7), l'ARPA Piemonte contribuisce in relazione:

- all'esposizione ad amianto di origine naturale, anche per l'avvio di interventi per la prevenzione del rischio da amianto naturale a seguito della mappatura

⁵ Legge regionale 14 ottobre 2008, n. 30.

⁶ DGR n. 80-6707 del 3/08/2008.

⁷ Con DGR n. 17-11422 del 18/05/2009.

realizzata a supporto dell'Assessorato regionale all'Ambiente ai sensi del DM 101/2003;

- alla valutazione del rischio e sorveglianza sulla dispersione ambientale di fibre da attività lavorative in presenza di amianto, in particolare le grandi opere;
- al completamento degli interventi di bonifica, ivi compresi quelli relativi ai siti di interesse nazionale, con la sorveglianza sugli interventi medesimi e l'aggiornamento delle tecniche di smaltimento e bonifica;
- al supporto specialistico e analitico ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, in particolare agli SPreSAL, nella valutazione di piani di lavoro, nei collaudi e ispezioni, nella restituibilità dei cantieri;
- quale riferimento tecnico-scientifico per i vari soggetti interessati per le metodiche analitiche e di campionamento.

Centri di ricerca e studi sull'esposizione ad amianto

Il Centro per la Prevenzione Oncologica (CPO) del Piemonte dedica una quota rilevante delle proprie attività alle indagini epidemiologiche connesse alla valutazione degli effetti dell'esposizione ad amianto in Piemonte. In particolare:

- gestisce il Registro dei Mesoteliomi Maligni del Piemonte (RMM), centro operativo regionale del Registro Nazionale Mesoteliomi. Il RMM produce periodicamente analisi dell'incidenza di mesotelioma pleurico e peritoneale in Piemonte e analisi del trend di incidenza. Fa parte dell'attività del RMM la raccolta sistematica delle anamnesi professionali e abitative dei piemontesi che si ammalano di mesotelioma. Il CPO contribuisce alla banca dati ReNaM e alle relative pubblicazioni, collabora alla conduzione di studi di coorte e caso-controllo sull'incidenza del mesotelioma;
- effettua studi epidemiologici su coorti di esposti ad amianto: coorti di esposti con attività lavorativa in industrie dell'amianto (dipendenti della Eternit di Casale Monferrato, dipendenti della SACA di Cavagnolo); coorti di esposti in aziende di altri settori ma con presenza di amianto in grandi quantità (coorti dell'industria della gomma, coorti dell'industria termoelettrica); coorti di esposti per ragioni domestiche (moglie dei dipendenti della Eternit di Casale Monferrato); coorte dei dipendenti dell'Amiantifera di Balangero;
- effettua studi epidemiologici sulla valutazione del rischio di mesotelioma e di tumore polmonare in connessione con l'esposizione ambientale ad amianto nell'area di Casale Monferrato e nei comuni del Piemonte;
- effettua studi a livello di popolazione (basati in gran parte sui dati raccolti dal RMM) della sopravvivenza per mesotelioma maligno e dei suoi determinanti;
- collabora a studi genetici e virologici sul mesotelioma maligno;
- partecipa all'attività del Centro regionale amianto, in particolare alla definizione delle modalità di costruzione delle liste di ex-esposti ad amianto e alla revisione sistematica della letteratura scientifica sull'efficacia di programmi di diagnosi precoce dei mesoteliomi.

I ricercatori del CPO Piemonte sono inseriti in reti collaborative nazionali e internazionali di ricerca sulle malattie neoplastiche da amianto.

L'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Torino ha condotto studi di coorte, in particolare studi sull'asbestosi e su coorti di lavoratori nelle industrie tessile ed estrattiva dell'amianto.

L'Università del Piemonte Orientale nelle sedi di Novara (Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute) e di Alessandria (Facoltà di Scienze Biologiche) conduce studi di laboratorio connessi al mesotelioma maligno e agli effetti

dell'esposizione ad amianto. In particolare si tratta di studi sulla modificazione del rischio associata a specifici polimorfismi genetici e di studi su linee cellulari.

Il Centro Interdipartimentale "G. Scansetti" per lo studio degli amianti e di altri particolati nocivi svolge attività di ricerca sulla valutazione del rischio da fonti naturali di amianto nell'arco alpino piemontese, sulle caratteristiche mineralogiche e chimiche delle fibre potenzialmente associate alla loro tossicità, e sulle alterazioni di tali caratteristiche ottenibili con metodi chimici e biologici.

Inoltre diversi istituti dell'Università di Torino conducono studi sulla chimica, sulla mineralogia e sulla presenza nel terreno delle fibre di amianto; studi sulla caratterizzazione e sulla misura dell'esposizione ad amianto sono condotti presso il Politecnico di Torino.

Presso l'ASO Santi Antonio e Biagio di Alessandria, nella Struttura Complessa di Anatomia Patologica, sede della Banca Biologica del Mesotelioma Maligno, è costituito il Centro di Riferimento Regionale per la raccolta di dati biologico-clinici e materiale biologico⁸.

Studi clinici sulla diagnosi e sulla terapia del mesotelioma sono condotti con la partecipazione di diversi ospedali del Piemonte, tra cui in particolare l'Ospedale di Casale Monferrato, l'ASO San Luigi di Orbassano, l'ASO San Giovanni Battista-Molinette di Torino e l'ASO Santi Antonio e Biagio di Alessandria.

Il Centro regionale amianto sta costruendo un indice delle pubblicazioni scientifiche prodotte da ricercatori piemontesi e connesse all'amianto.

Linee strategiche

Tra le patologie causate da esposizione ad amianto, il mesotelioma maligno, in particolare della pleura, mantiene una particolare attualità per i lunghi periodi di latenza e perché può essere causato anche da esposizione extralavorativa ad amianto. Le altre patologie (asbestosi, tumore polmonare, altri tumori associati ad amianto) conseguono a livelli di esposizione riscontrabili di regola solo durante l'uso di materiali in amianto in ambito lavorativo, la cui frequenza dovrebbe essere in progressivo calo dopo il bando dell'uso di amianto. L'approfondimento anamnestico dei casi di mesotelioma, di tumore polmonare e di asbestosi di nuova insorgenza deve essere comunque eseguito molto attentamente al fine di individuare eventuali fonti di esposizione misconosciute.

Ancora oggi, quasi vent'anni dopo il bando dell'amianto, è assolutamente prioritaria la rimozione del materiale in amianto per tutelare la popolazione generale e i lavoratori che sono sottoposti a esposizione ambientale, da condurre secondo le norme di buona pratica e le indicazioni degli SPreSAL, con priorità per l'amianto friabile e le coperture in fibrocemento deteriorate. Opportune attività di informazione e promozione della salute inoltre potranno integrare gli aspetti prescrittivi delle norme relative alla bonifica e alla rimozione dei materiali in amianto.

Per quanto riguarda i lavoratori esposti nelle attività di bonifica valgono le norme per la costruzione dei cantieri, le procedure di lavoro e il corretto uso dei dispositivi di protezione individuale, che debbono essere indicate nei piani di lavoro sottoposti agli SPreSAL di competenza.

Resta sempre attuale l'interazione tra le fibre di amianto e il fumo di sigaretta nell'insorgenza del tumore del polmone e nell'aggravamento dell'asbestosi. A questo fine occorre integrare le attività di promozione della salute rivolte in particolare agli esposti ad amianto con le attività di promozione della salute rivolte ai fumatori.

⁸ DGR n. 5-11258 del 23/04/2009.

Il Centro Regionale Amianto è inoltre responsabile della realizzazione del progetto finanziato dal CCM (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) dal titolo: “Amianto - Realizzazione di un piano di programmazione per la riduzione del rischio di esposizione, l’istituzione dei registri degli esposti e la sorveglianza sanitaria”, che affida al Piemonte il coordinamento nazionale di Regioni e Province Autonome, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- contenimento dell’esposizione a fibre pericolose di origine naturale, al fine della riduzione delle patologie correlate nei lavoratori esposti e della difesa dell’ambiente;
- elaborazione di elenchi di esposti ad amianto sui quali effettuare l’azione di monitoraggio e di indirizzi circa la sorveglianza sanitaria degli ex esposti;
- eliminazione delle incongruenze normative in materia di amianto, armonizzando le norme emanate.

La prevenzione secondaria (screening) del mesotelioma e del tumore polmonare non deve essere promossa, a causa della mancata dimostrazione di efficacia per modificare in positivo la storia naturale della malattia e della possibilità di effetti collaterali non desiderati. Inoltre, mancano test di screening di sufficiente sensibilità e specificità.

Il CPO Piemonte svolge a livello regionale le attività di coordinamento dello screening oncologico e delle attività di prevenzione del rischio da fumo, pertanto costituisce il riferimento anche per la valutazione di eventuali proposte di attività di prevenzione secondaria e di interventi per la riduzione del fumo di tabacco mirati ai soggetti esposti ad amianto.

Obiettivo generale di salute

Prevenzione dell’esposizione ad agenti biologici, chimici e fisici in ambiente di vita

Azioni	Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
Gestione delle informazioni e delle conoscenze sui profili di rischio della popolazione da inquinanti presenti nell’ambiente	Costruzione di sistemi informativi ambientali e sanitari integrati, utili alla conoscenza del profilo di rischio delle popolazioni inserite in un territorio e nelle specifiche realtà occupazionali, attraverso procedure di controllo e sorveglianza congiunte tra tutti gli attori coinvolti Individuazione di indicatori ambientali, correlabili con indicatori di salute, utili ai fini dei PePS Disegno di piani che prevedano l’utilizzo di sistemi di sentinelle animali ogniqualvolta ciò sia possibile	Confronto continuo tra enti deputati al controllo dell’ambiente e della salute, per l’individuazione, lo studio e la valutazione di rischio dei determinanti ambientali della salute Promozione della formazione specifica sulle tematiche ambiente e salute e comunicazione del rischio Attuazione del Regolamento REACH Sorveglianza delle contaminazioni chimiche degli alimenti di origine animale e di quelli zootecnici Sviluppo di buone pratiche per il settore zootecnico
Sviluppo metodologico delle Valutazioni di Impatto sulla Salute (VIS) e di risk assessment in campo ambientale-sanitario	Predisposizione di procedure di valutazione integrata di impatto ambientale e sulla salute che utilizzino i risultati di valutazioni combinate sia epidemiologiche sia tossicologiche per quantificare l’effetto dei determinanti ambientali	Individuazione e utilizzo di buone pratiche e interventi efficaci e loro raccomandazione da parte delle Direzioni Integrate della Prevenzione Estensione e ampliamento delle linee guida ambientali e sanitarie sui principali determinanti di salute

Interventi di promozione per la riduzione delle concentrazioni degli inquinanti atmosferici in ambito urbano	Integrazione degli interventi di contenimento delle emissioni su scala sovrapregionale mediante accordi con le altre regioni della Pianura Padana Predisposizione di politiche di riduzione delle emissioni in atmosfera	Sorveglianza degli impatti sulla salute dell'esposizione all'inquinamento atmosferico nei principali centri urbani della Regione
Interventi di promozione per la riduzione dell'esposizione a rumore in ambito urbano	Completamento della zonizzazione acustica del territorio regionale Predisposizione di politiche di tutela della popolazione dal rumore stradale, ferroviario, aeroportuale	Predisposizione di indicazioni specifiche di tutela della popolazione dal rumore nell'ambito dell'emissione del parere sanitario sui PRGC e sulle VAS
Interventi di promozione per la riduzione dell'esposizione a radon in ambienti indoor	Promozione di un piano di monitoraggio del radon nelle strutture comunitarie e di un piano di prevenzione nelle abitazioni	Valutazione dell'impatto sulla salute dell'esposizione a radon in Regione Piemonte e sorveglianza degli effetti nel tempo
Coordinamento delle funzioni di programmazione per la gestione e la valutazione degli interventi	Valutazione da parte del CORP della coerenza tra programmazione degli obiettivi assegnati annualmente alle ASL, all'ARPA e all'IZS Assegnazione alle Direzioni Integrate della Prevenzione di indirizzi per la gestione integrata degli obiettivi	Attivazione da parte della Direzione Integrata della Prevenzione di gruppi di lavoro e di coordinamento per la gestione di azioni intersettoriali Attivazione di coordinamento e sinergie tra ASL, ARPA, IZS, Province e Comuni al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizione a rischi ambientali
Obiettivo generale di salute		
Controllo di alcuni rischi emergenti		
Sorveglianza e approccio integrato alla problematica degli aero-allergeni	Mappatura, monitoraggio, controllo, informazione, promozione sviluppati in modo integrato e coordinato fra tutti i soggetti coinvolti quali le ASL, l'ARPA, gli enti locali, la scuola, i cittadini Integrazione e comunicazione con la Rete Ospedaliera di Allergologia e con l'Osservatorio Gravi Reazioni Allergiche	Promozione attività di formazione agli enti e informazione alla popolazione su allergeni emergenti a diffusione locale (es. pollini di <i>Ambrosia artemisiifolia</i> L., <i>Olivo</i>) Completamento della rete regionale di monitoraggio pollinico con estensione della rete alle province di Asti, Biella e all'area collinare delle Langhe
Controllo rischi connessi con l'impiego di sostanze chimiche e radiazioni non ionizzanti in particolari ambiti della vita quotidiana (cosmetici, tatuaggi e piercing)	Prosecuzione delle attività di supporto per la predisposizione di linee guida e per la formazione degli operatori in tema di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ rischi nella produzione e impiego di cosmetici e nelle attività di cura del corpo (solarium e centri di estetica); ▪ rischi nelle attività di tatuaggio e piercing 	Realizzazione dei programmi specifici di vigilanza e controllo definiti dalla programmazione regionale su produzione cosmetici, attività di cura del corpo, attività di tatuaggio e piercing

Obiettivo generale di salute

Controllo dei rischi connessi con l'ambiente costruito, compresi quelli connessi con l'esposizione ad amianto

Implementazione di linee di azione sull'ambiente costruito	<p>Predisposizione di alcuni strumenti operativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ linee guida per la definizione generale dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale; ▪ linee guida specifiche per la definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione; ▪ linee guida specifiche per la definizione dei contenuti igienico-sanitari degli edifici in tema di esercizio fisico, socializzazione, prevenzione degli incidenti domestici 	<p>Rivalutazione e riorientamento degli interventi dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione nella direzione della promozione di una cultura di attenzione agli effetti dell'ambiente costruito sulla salute della popolazione</p> <p>Coinvolgimento dei Servizi di Urbanistica e di Edilizia comunali e dei professionisti dell'edilizia e dell'urbanistica (ingegneri, architetti, geometri, ecc.) e dei cittadini nella condivisione dell'obiettivo di applicare, a livello locale, le migliori attenzioni nella realizzazione di ambienti costruiti sulla base delle evidenze di impatto sulla salute</p> <p>Prosecuzione nell'azione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vigilanza e controllo dei rischi legati a determinate strutture (sanitarie, sportive, scolastiche, ricettive); ▪ supporto alle istituzioni locali (Provincia e Comune) nelle commissioni/conferenze di valutazione/pianificazione (pubblico spettacolo, VIA, ecc.)
Sostegno alle attività del Centro Regionale Amianto	Presidenza del Comitato strategico e segreteria del Comitato tecnico scientifico del Centro	Direzione del Centro da parte dell'ASL AL a Casale Monferrato
Attuazione di quanto previsto dal Piano Regionale Amianto	<p>Gestione degli aspetti ambientali (censimenti, bonifiche, smaltimento rifiuti, ecc.) da parte della Direzione Ambiente e dell'ARPA</p> <p>Partecipazione e sostegno agli aspetti di carattere sanitario da parte della Direzione Sanità</p>	<p>Coordinamento delle attività da parte del Centro Regionale Amianto</p> <p>Attuazione operativa delle azioni di carattere sanitario (mappatura dell'amianto antropico, sostegno alle persone affette da malattie amianto-correlate, sorveglianza sanitaria, sostegno alla ricerca, tutela degli ex esposti, registro mesoteliomi, banca biologica, ecc.) da parte delle ASL, Università e CPO</p>
Attuazione del progetto finanziato dal CCM: "Amianto - Realizzazione di un piano di programmazione per la riduzione del rischio di esposizione, l'istituzione dei registri degli esposti e la sorveglianza sanitaria"	Supervisione e monitoraggio	<p>Realizzazione concreta del progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ contenimento dell'esposizione a fibre pericolose di origine naturale; ▪ elaborazione di elenchi di esposti ad amianto sui quali effettuare l'azione di monitoraggio e di indirizzi circa la sorveglianza sanitaria degli ex esposti; ▪ eliminazione delle incongruenze normative in materia di amianto, armonizzando le norme emanate

Bibliografia

- AA.VV. A review of human carcinogens. Part C: metals, arsenic, dusts, and fibres. *Lancet Oncology* 2009; 10: 453-454.
- Aberg N, Berlin A, Bertollini R, Bonini S, Brunekreef B, Carlsen KH. *European Allergy White Paper Update*. 1999.
- Prüss A, Kay D, Fewtrell L, Bartram J. Estimating the burden of disease from water, sanitation, and hygiene at a global level. *Environ Health Perspect* 2002; 110: 537-542.
- Pruss-Ustun A, Corvalan C. *Preventing disease through health environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. WHO, 2006 (traduzione italiana a cura di ARPAT-ISDE: *Prevenire le malattie attraverso un ambiente più salubre. Verso la stima del carico ambientale di malattia*. ARPAT, Firenze, 2008).
- Regione Emilia Romagna. Piano Regionale Prevenzione 2006-2008. *La prevenzione della patologia indotta dall'ambiente costruito*.
- Smith KR, Corvalan CF, Kjellstrom T. How much global ill health is attributable to environmental factors? *Epidemiology* 1999; 10: 573-584.
- Strategic Review of health inequalities in England post 2010. Task Group 4: *The built environment and Health inequalities*. Final Report 12 June 2009.
- Tamburlini G, von Ehrenstein O, Bertollini R. *Children's health and environment: a review of evidence. A joint report from the European Environment Agency and the WHO Regional Office for Europe*. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg, 2002 (traduzione italiana a cura di ARPAT-ISDE: *La salute dei bambini e l'ambiente: una rassegna delle conoscenze*. ARPAT, Firenze, 2003).
- WHO. *Country profiles of environmental burden of disease*. Italy. Geneva, 2009. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/italy.pdf
- WHO Europe. *Local Housing and Health Action Plans*. A project manual. 2004.
- WHO Europe. *Quantifying disease from inadequate housing*. 2008.
- WHO Europe. *Social inequalities and their influence on housing risk factors and health*. 2009.
- WHO Europe-Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. *Review of evidence on housing and health*. 2004.

6. Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro

Elementi di responsabilità sociale

L'impegno a garantire la sicurezza e preservare la salute dei cittadini sul luogo di lavoro in un periodo storico di importanti cambiamenti sociali e produttivi è certamente un fattore altamente qualificante di una società moderna ed evoluta. Gli interventi da mettere in campo dovranno tendere a:

- mantenere il trend in diminuzione degli infortuni sul lavoro;
- contrastare le disuguaglianze di salute correlate al lavoro;
- migliorare il quadro conoscitivo degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- migliorare le capacità locali di programmazione e valutazione delle attività;
- costruire alleanze sul territorio;
- diffondere e condividere le azioni strategiche con i soggetti sociali interessati (RLS, organizzazioni sindacali e datoriali, associazioni di categoria);
- programmare nuovi interventi di tipo comunicativo-formativo-informativo caratterizzati da sviluppo di sinergie tra gli enti istituzionali preposti.

Elementi di novità

- Individuazione partecipata delle priorità, nell'ambito dei comitati di coordinamento, sulla base dei sistemi informativi correnti e di strumenti mirati di analisi della struttura produttiva del territorio e dei rischi correlati ("mappe di rischio").
- Definizione di un piano regionale coordinato nel comparto agricoltura.
- Attivazione di interventi integrati con gli altri enti competenti in materia di sicurezza sul lavoro.
- Programmazione dell'attività dei Servizi di Prevenzione delle ASL sulla base delle mappe di rischio territoriali e valutazione dei risultati conseguiti in termini di cambiamenti effettivi prodotti nei luoghi di lavoro.

Strumenti di governo

- Assegnazione di obiettivi specifici ai Direttori Generali delle ASL mirati all'attivazione delle azioni ritenute prioritarie.
- Promozione e condivisione delle attività pianificate con gli SPreSAL.
- Progettazione e realizzazione di un piano di comunicazione che offra ai diversi livelli un'immagine coordinata delle azioni messe in atto.
- Attivazione di percorsi formativi degli operatori.
- Definizione di indicatori per la valutazione di risultato e di strumenti per la rendicontazione e il monitoraggio.

Monitoraggio e valutazione

La valutazione dei risultati sarà effettuata attraverso la ricerca di prove di efficacia sulla base di informazioni derivanti dal monitoraggio dell'attività dei Servizi e dal sistema informativo Flussi (INAIL-ISPEL-Regioni). Il raggiungimento degli obiettivi generali di salute sarà inoltre monitorato mediante l'osservazione dei cambiamenti delle mappe di rischio territoriali.

Dimensione epidemiologica

Le esposizioni al rischio presenti in ambiente di lavoro sono un'importante causa di danni alla salute. La morbosità e la mortalità lavoro-correlate sono causa di gravi sofferenze per i lavoratori e le loro famiglie, ma rappresentano anche un costo importante per la società in termini di perdita della produttività e di aumento dell'utilizzo di servizi sanitari e socio-assistenziali. L'ILO stima che il costo totale di queste patologie sia pari al 4% del prodotto nazionale lordo. Secondo l'OMS nel mondo

le malattie lavoro-correlate sono 11 milioni ogni anno mentre gli infortuni sono 100 milioni ogni anno (Leight, 1999); i morti per tali cause sono invece 2 milioni ogni anno. Tali valori sono fortemente sottostimati a causa dei limiti dei diversi sistemi informativi (Driscoll, 2005). Le esposizioni tradizionalmente meglio conosciute comprendono agenti chimici, radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, rumore e altri fattori fisici, agenti biologici. Sono abbastanza ben conosciute anche le differenze nell'esposizione a questi fattori per caratteristiche individuali quali età, sesso e cittadinanza. I vari fattori di rischio sono distribuiti diversamente per attività economica. La diversa distribuzione dei lavoratori per settore può quindi essere alla base di diversi danni alla salute. In particolare nei paesi occidentali, il mercato del lavoro è caratterizzato dalla diminuzione degli addetti nel manifatturiero e dal contemporaneo aumento nel terziario, e dalla precarizzazione dei contratti. I danni alla salute attesi dunque si spostano sempre più verso i nuovi fattori di rischio, quali quelli di tipo ergonomico, psicosociale e legati all'organizzazione del lavoro (turni, pressione lavorativa, straordinario, clima lavorativo, subappalto). È stata rilevata un'associazione tra lavoro temporaneo e aumento di patologie psicologiche e infortuni (Virtanen, 2005). Anche la disoccupazione è associata a un aumento di mortalità e morbosità. Il lavoro può contribuire alla generazione di disuguaglianze di salute rappresentando un indicatore di posizione sociale: molti degli studi condotti sull'equità utilizzano categorie come la condizione professionale, la posizione nella professione, lo stato di occupazione, il settore di attività economica come determinante in studio (Costa, 2006). Viceversa, gli stili di vita dei lavoratori possono contribuire ad aumentare le patologie lavoro-correlate.

Le più importanti fonti che permettono una descrizione dei rischi e danni da lavoro in Piemonte sono: il sistema INAIL-ISPEL-Regioni, che contiene informazioni sui lavoratori e sulle imprese assicurati, sugli infortuni e sulle malattie professionali denunciate all'istituto assicuratore; l'Osservatorio Regionale del Mercato del Lavoro (ORML); il sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali, che contiene informazioni approfondite sulle dinamiche di accadimento infortunistico. A partire da tali fonti si descriveranno in questa sede la struttura produttiva, gli infortuni e le malattie professionali denunciate in Piemonte. Sono invece da registrare numerose lacune informative dovute alla disponibilità e/o qualità delle diverse fonti che non permettono una descrizione approfondita dei fattori di esposizione. Nel 2005 tuttavia è stata redatta una lista di rischi e danni da lavoro prioritari per la Regione Piemonte, basata sulle priorità identificate dalle principali agenzie internazionali e sulla percezione degli operatori SPreSAL. In questa sede si riportano i risultati di una valutazione semi-quantitativa dell'impatto dei rischi individuati sulla salute della popolazione occupata, stimando i casi attesi in Piemonte.

La struttura produttiva

Sono 1.409.424 gli addetti assicurati da INAIL nel settore industria e artigianato nel 2006; il 55% è assicurato nella sola provincia di Torino, con un'evidente concentrazione nelle zone urbanizzate (ASL di Torino, ASL di Novara, ASL TO3 sede di Collegno, ASL TO4 sede di Ivrea e ASL TO5 di Chieri). Le aziende sono 291.214, per la maggior parte di piccole dimensioni: il 94% non supera i 10 addetti. Le aziende di grandi dimensioni (più di 100 addetti) anche se rappresentano solo lo 0,43% del totale regionale, impegnano quasi il 34% degli addetti. Il settore con il maggior numero di occupati è quello dei servizi (590.600), seguito dalla metalmeccanica (179.382), dalle costruzioni (143.820), dal commercio (110.434) e dalla sanità (96.700).

L'aggiornamento al 2006 dei dati INAIL non permette di rilevare gli effetti dell'attuale crisi economica. Alcuni spunti a riguardo si individuano analizzando i dati a disposizione dell'ORML. In Regione Piemonte gli effetti del momento di crisi sono netti, in particolare sul flusso dei disoccupati e della cassa integrazione. In taluni casi gli aumenti sono del 50% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, e pongono la regione fra quelle più esposte nella zona del Nord industriale; l'Osservatorio rileva come questo aspetto sia da imputare "alla maggiore esposizione del Piemonte sul mercato globale, alla tradizionale vocazione agli scambi con l'estero, e al forte rilievo delle attività industriali". Il mercato del lavoro tuttavia si è mantenuto dinamico: l'indice di occupazione, in continua crescita per tutto il 2008, è frutto di un complesso intreccio di variazioni di segno diverso. Il rialzo si concentra nel lavoro alle dipendenze, i servizi non commerciali e i cittadini stranieri, e vi corrisponde una flessione del lavoro autonomo e degli addetti all'industria manifatturiera, e una relativa stagnazione del dato dell'agricoltura, delle costruzioni e del commercio, con un andamento più favorevole per la componente femminile, che supera la soglia del 60% del tasso di attività e assorbe i 3/4 del saldo positivo. La domanda di lavoro risulta meno comprimibile in alcune aree, come il lavoro di assistenza nelle istituzioni e nelle famiglie, o in bacini come quello legato alle attività turistiche.

In realtà, la crescita complessiva degli addetti dipende interamente dalla manodopera immigrata: il peso relativo degli stranieri tra le persone in possesso di un impiego sale progressivamente negli ultimi anni, dal 6% del 2005 all'8,2% nel 2008. Il dato riflette l'espansione generale della popolazione straniera, in parte correlata a processi di emersione, ma è d'altra parte frutto degli orientamenti della domanda di lavoro verso una componente occupazionale che da un lato va a ricoprire mansioni poco appetibili alla manodopera italiana, dall'altro, spinta da pressanti bisogni materiali, manifesta livelli di disponibilità e motivazione al lavoro elevati, rendendosi a sua volta particolarmente appetibile alle imprese.

Occorre registrare infine l'espansione del lavoro precario, il cui peso relativo sale dal 7 al 10%: nel settore secondario si osserva tra i dipendenti una netta flessione dell'impiego a tempo indeterminato (-26.000 unità) a cui corrisponde un incremento degli occupati a termine (+14.000 unità). Inoltre si rileva un'apprezzabile caduta delle figure più qualificate, soprattutto di dirigenti e tecnici, a fronte di una relativa tenuta della componente operaia, dove si riducono le figure dalla qualificazione medio bassa (conduttori impianti e addetti al montaggio) ma aumentano, per contro, i lavoratori generici.

Gli infortuni e le malattie professionali denunciate all'INAIL

In Piemonte, nell'anno 2006, sono stati denunciati all'INAIL 82.190 infortuni; di questi, al 30 giugno 2008, circa il 68% (55.879 casi) hanno ottenuto una definizione positiva¹. Con l'esclusione di quelli in itinere, gli eventi in occasione di lavoro definiti positivamente risultano 43.097, di cui il 90% accaduto nel settore industria-artigianato. I tassi standardizzati di incidenza infortunistica della Regione Piemonte sono inferiori a quelli nazionali: nel 2006 il tasso per 1000 assicurati nel settore industria e artigianato è di 23,9 in Piemonte mentre è 25,9 in Italia. L'andamento è in diminuzione nel corso del tempo. Anche gli indicatori di gravità sono inferiori a quelli italiani: la proporzione di infortuni gravi sul totale nel settore industria e artigianato è di 4,5 in Piemonte mentre è di 5,4 in Italia. L'andamento però,

¹ I dati si riferiscono al 2006, l'anno più recente per il quale sono disponibili dati accurati e controllati; il 99% degli infortuni sono valutati secondo procedure amministrative standardizzate, e definiti entro 3 anni dalla data di denuncia.

parallelamente a quello nazionale, è in aumento nel corso del tempo. Con riferimento agli infortuni accaduti nel triennio 2004-2006 e definiti entro il 30 giugno 2008, i comparti con indici di frequenza infortunistica più elevata sono la metallurgia, il legno, le costruzioni, la mineraria, l'agricoltura. Il 6% delle ditte assicurate da INAIL nel settore industria e artigianato ha avuto nel 2006 almeno un infortunio. Proporzionalmente sono le attività produttive dell'estrazione di minerali, dei metalli e della trasformazione dei minerali non metalliferi ad essere le più rappresentate. Nel 2006 sono 5968 (pari al 13,9% sul totale) gli infortuni definiti positivamente che hanno coinvolto lavoratori nati all'estero. Si tratta di 115 Paesi diversi: il 32% degli infortunati proviene dal Nord Africa, il 29% dall'Europa dell'Est, il 5% dal Sud America. Le attività economiche più rappresentate sono l'industria manifatturiera e le costruzioni, ove i nati all'estero rappresentano rispettivamente il 13% e il 22% degli infortunati totali nel comparto. Tra gli infortuni sul lavoro avvenuti nel 2006 sono stati indennizzati 7911 eventi in itinere, in aumento rispetto all'anno precedente (+4%): tale fenomeno è una conseguenza importante delle modalità prevalenti di organizzazione del lavoro che richiede sempre di più spostamenti tra diverse sedi aziendali e aumento delle distanze tra casa e lavoro.

Il Sistema di Sorveglianza sugli infortuni mortali della Regione Piemonte permette una descrizione accurata degli eventi indagati dai Servizi di prevenzione. I lavoratori coinvolti in incidenti indagati dai Servizi, che hanno condotto a esiti mortali nel 2007-2008, sono stati 92, tutti uomini. Oltre il 60% è accaduto nei due comparti delle costruzioni (34%) e dell'agricoltura (28%). Tra le tipologie di incidente più frequenti sono le cadute dall'alto per rottura della superficie di camminamento. Circa un terzo degli eventi riguarda macchine e impianti in funzione, investimenti e trascinamenti, dove prevalgono problemi legati ad aspetti organizzativi del lavoro tra cui ritmi di lavoro, fretta, pratiche scorrette da tutti tollerate, promiscuità di percorsi tra lavoratori e mezzi o impianti in moto. Un'analisi approfondita delle dinamiche infortunistiche nel comparto costruzioni ha evidenziato che solo un quarto degli infortuni mortali si sarebbe potuto evitare con la sola azione di vigilanza, seppure tempestiva.

Il raggiungimento della completezza delle informazioni e la qualità dei dati nel caso delle malattie professionali presenta diverse lacune. I punti critici riguardano le oggettive difficoltà ad affrontare il riconoscimento del legame causa-effetto tra malattia ed esposizioni lavorative nelle patologie a esposizione multifattoriale. Talvolta, esiste una certa diffidenza del mondo clinico a eseguire la notifica di malattia professionale anche nei casi in cui tale legame è stato sospettato o riconosciuto. Inoltre il tempo necessario per concludere l'iter amministrativo di definizione dei casi denunciati è spesso lungo. Per tali ragioni il sistema INAIL delle malattie professionali è meno stabile di quello degli infortuni, sebbene sia l'unico diffuso su tutto il territorio nazionale. Sono disponibili dati sulle denunce pervenute, per inoltrare le quali è sufficiente una diagnosi presunta di attribuibilità professionale, e sul sottoinsieme di patologie indennizzate dall'ente assicuratore. Queste ultime rispondono a criteri di definizione di caso molto specifici e approfonditi, ma sono senz'altro poco sensibili rispetto alla reale quantità di patologie esistenti sul territorio. Nel periodo 2000-2007 il 92% (15.204) delle malattie professionali denunciate è stato definito, ma solo il 14% (2155) dei casi definiti è stato riconosciuto dall'ente assicurativo come causato dall'esposizione lavorativa. Analizzando le diagnosi indennizzate, tumori, ipoacusie e patologie muscolo-scheletriche sono le tipologie più frequenti.

Stima di patologie lavoro-correlate attese in Piemonte

La lista delle principali patologie da lavoro presenti nei paesi industrializzati comprende: 1) tumori professionali; 2) asma professionale; 3) malattie muscolo-scheletriche dell'arto superiore e della schiena da sovraccarico biomeccanico; 4) ipoacusia da trauma acustico cronico; 5) esiti riproduttivi; 6) broncopneumopatie ostruttive da esposizione a broncoirritanti; 7) malattie cardiovascolari e psichiatriche da esposizione a stress sul lavoro. Per ognuna di queste patologie è stato stimato il numero di casi attesi di malattia e morte attribuibili al lavoro, sulla base delle informazioni disponibili sulla loro occorrenza (incidenza o prevalenza) in Piemonte, in Italia o in altri paesi industrializzati, e sulla frazione attribuibile di ognuna delle patologie considerate, da stime presenti in letteratura, all'esposizione a fattori di rischio occupazionali (d'Errico, 2005). Nella tabella 1 si riportano anche i casi indennizzati dall'INAIL nel periodo 2000-07. A causa dei problemi discussi al paragrafo precedente essi rappresentano sempre una forte sottostima del fenomeno.

Tumori professionali

Sulla base delle informazioni disponibili sulla morbosità e mortalità per tumori in Piemonte, applicando una frazione attribuibile alla professione del 4%, si calcola che circa 500 decessi occorsi per tumori maligni ogni anno sarebbero dovuti ad esposizione ad agenti cancerogeni sul lavoro, mentre il corrispondente numero di nuovi casi sarebbe di circa 1150. Considerando solo i tumori del polmone e della vescica negli uomini, che sono quelli con la più alta frazione attribuibile (a parte i mesoteliomi e i tumori naso-sinusali, che sono tumori relativamente rari), e applicandovi le stime della frazione attribuibile osservate in vari studi (8% per quello del polmone e 3% per quello della vescica), ne risulterebbe che siano dovuti all'esposizione a cancerogeni sul lavoro circa 213 nuovi casi di tumore del polmone all'anno, insieme a 175 decessi per questa causa, e 60 nuovi casi di tumore della vescica, con 11 decessi. Nonostante molti di questi casi derivino verosimilmente da situazioni di esposizione occorse molti anni addietro, soprattutto negli anni '50-'70, il progetto CAREX (Mirabelli, 1999) ha stimato che negli anni '90 vi fossero oltre il 10% dei lavoratori piemontesi ancora esposti a sostanze cancerogene sul lavoro.

Asma professionale

Applicando i dati sull'incidenza di asma in Italia (1,6 per 1000) alla popolazione occupata in Piemonte, e assumendo una frazione attribuibile all'occupazione del 9%, ne deriverebbe che circa 240 nuovi casi all'anno e almeno un decesso sarebbero attribuibili all'esposizione ad asmogeni sul lavoro. Inoltre, 24 nuovi ricoveri per asma tra gli uomini e 37 tra le donne sarebbero causati dal lavoro; questi casi, corrispondenti quindi a circa un sesto dei casi incidenti di asma occupazionale, rappresenterebbero la frazione di patologia più severa e invalidante.

Broncopneumopatie ostruttive da esposizione a broncoirritanti

Sulla base di una prevalenza del 3,7% di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e di un rischio attribuibile alla professione del 15%, si stima che in Piemonte quasi 18.000 casi prevalenti affetti da BPCO siano dovuti alla pregressa esposizione a fumi, gas, polveri e vapori in ambiente di lavoro. Applicando la stessa frazione attribuibile ai morti e ai ricoveri per BPCO, ne deriverebbe che ogni anno in Piemonte circa 80 decessi e 525 ricoveri sarebbero dovuti all'esposizione a questi fattori di rischio sul lavoro. Per la lunga latenza della malattia, tali stime sono relative ad esposizioni avvenute prevalentemente negli anni '60-'80, quando la diffusione e l'intensità dell'esposizione a fumi, polveri, gas e vapori erano superiori a

quelle odierne. Appare comunque degno di nota che nell'indagine del 2005 sulle condizioni di lavoro in Europa della Fondazione di Dublino (Parent-Thirion *et al.*, 2007) il 23,6% dei lavoratori riferiva di essere esposto a fumi o polveri e il 13,2% a solventi o diluenti per più di un quarto del tempo di lavoro.

Malattie muscolo-scheletriche dell'arto superiore e del rachide da sovraccarico biomeccanico

Assumendo una stima di incidenza di mal di schiena nella popolazione generale del 4,5%, il numero di nuovi casi nella popolazione occupata piemontese sarebbe di circa 75.000 all'anno. Non sono disponibili in letteratura stime del rischio attribuibile a fattori di rischio occupazionali nella popolazione generale, ma applicando i valori mediani del range del rischio attribuibile tra gli esposti riportato in letteratura e le prevalenze di esposizione ai fattori di rischio determinanti rilevate in varie indagini al numero complessivo dei casi incidenti di mal di schiena, si stima che circa 6000 nuovi casi all'anno sarebbero dovuti alla movimentazione di carichi, 5100 a posture incongrue e 19.800 a vibrazioni trasmesse al rachide. Per le malattie muscolo-scheletriche dell'arto superiore le stime più conservative indicano un'incidenza di circa il 6%, per cui il numero di nuovi casi tra gli occupati in Piemonte sarebbe di quasi 100.000 all'anno, di cui si stima che circa 30.000 siano dovuti all'esposizione a movimenti ripetuti e 22.000 alle vibrazioni trasmesse all'arto superiore. Sia per il mal di schiena, sia per i disturbi muscolo-scheletrici dell'arto superiore, la somma dei casi attribuibili ai diversi fattori di rischio rappresenta molto probabilmente una sovrastima, a causa del sovrapporsi di queste esposizioni a carico degli stessi lavoratori.

Ipoacusia da trauma acustico cronico

Sulla base di una prevalenza di sordità grave nella popolazione in età lavorativa pari al 2% e di una frazione attribuibile al lavoro del 50% tra gli uomini e del 12% tra le donne, circa 13.700 casi prevalenti tra i maschi e 3200 tra le donne sarebbero dovuti all'esposizione a rumore elevato. A causa del lungo periodo di esposizione a rumore necessario per l'insorgenza dell'ipoacusia, la maggior parte di questi casi sono probabilmente attribuibili ad esposizioni occorse prima degli anni '90. Appare probabile che, ad oltre 10 anni dall'emanazione del DLgs 277/1991, i livelli di esposizione a rumore, già ridotti nel corso degli anni '80 dall'introduzione di innovazioni tecnologiche e dall'effettuazione di bonifiche in molti luoghi di lavoro, si siano ulteriormente abbassati, con una conseguente riduzione della frazione attribuibile al lavoro. I dati dell'ultima indagine sulle condizioni di lavoro in Europa della Fondazione di Dublino indicano comunque che il 26,7% degli intervistati riferiva ancora di essere esposto ad elevati livelli di rumore.

Esiti riproduttivi

L'eziologia degli aborti spontanei è attribuibile in parte a caratteristiche intrinseche della madre, in parte all'esposizione a fattori nutrizionali, ambientali e occupazionali. Tra questi ultimi, il rischio appare più consistentemente associato all'esposizione ad alcune sostanze chimiche e a fattori ergonomici. Tra i fattori di rischio chimico solo i solventi, i gas anestetici e alcuni disinfettanti rappresenterebbero attualmente un'esposizione rilevante, mentre si ritiene sia piuttosto ampia la quota di aborti spontanei attribuibile agli sforzi fisici, dato l'elevato numero di donne occupate in mansioni comportanti potenzialmente attività fisica intensa e frequente flessione del busto. Non sono reperibili in letteratura stime sulle frazioni di aborti spontanei e malformazioni attribuibili all'occupazione; comunque, assumendo un incremento del

rischio di aborti spontanei di 2 volte tra le esposte a questi fattori e una prevalenza di esposizione del 20% tra le donne occupate in età fertile, si stimerebbe che circa il 15% degli aborti spontanei sarebbero attribuibili al solo rischio ergonomico. Per le malformazioni congenite, sulla base di una stima di prevalenza a solventi di circa il 10% tra le donne occupate, il rischio attribuibile a questi agenti sarebbe di circa il 5%. Applicando il tasso di incidenza di aborti spontanei (2,9 per 1000) alla popolazione femminile occupata piemontese di età 15-44 anni, si calcola che tra le donne occupate si verifichino circa 200 aborti spontanei all'anno dovuti a sforzi fisici, numero che rappresenta probabilmente una sottostima degli aborti dovuti all'occupazione. Ancora più difficile appare calcolare il numero di malformazioni congenite attribuibili alla professione materna; circa 1000 casi all'anno sono previsti nella popolazione occupata, di cui probabilmente almeno una cinquantina sarebbero attribuibili all'esposizione occupazionale.

Malattie cardiovascolari e psichiatriche da esposizione a stress sul lavoro

I fattori stressogeni in ambiente di lavoro includono aspetti temporali del lavoro (turni e ritmi), caratteristiche proprie del contenuto della mansione (lavoro ripetitivo e compiti e richieste non chiari), fattori relativi al gruppo di lavoro (es. isolamento sociale e carichi di lavoro diseguali), supervisione del lavoro (es. mancanza di partecipazione nel processo decisionale), e condizioni organizzative (es. dimensioni e struttura). Il modello teorico più popolare è quello del *demand-control* messo a punto da Karasek, che predice che l'interazione tra elevate richieste psicologiche (*demand*) e basso controllo nello svolgimento del proprio lavoro (*control*) produce una situazione di esposizione a stress (*high strain*), che ha conseguenze sulla salute. Sebbene esso non sia l'unico, né il primario agente causale, lo stress è direttamente implicato nella genesi di vari esiti di salute, tra cui soprattutto disturbi depressivi e malattie cardiovascolari. Per le malattie cardiovascolari è stata stimata una frazione attribuibile allo stress occupazionale dell'8,6% negli uomini e dell'1,9% nelle donne, mentre per la depressione i valori

Tabella 1. Casi attesi di malattie attribuibili a fattori di rischio occupazionali

Patologia	Nuovi casi/ anno	Casi prevalenti	Ricoveri/ anno	Decessi/ anno	Casi indennizzati INAIL 2000-2007
Tumori professionali			1150	500	674
Asma professionale	240		61	1	30
BPCO da esposizione a broncoirritanti occupaz.		18.000	525	80	14
Malattie muscolo-scheletriche del rachide da sovraccarico biomeccanico	Circa 30.000				363
Malattie muscolo-scheletriche dell'arto superiore da sovraccarico biomeccanico	Circa 50.000				
Ipoacusia da trauma acustico cronico		17.000			450
Esiti riproduttivi – aborti spontanei			200 (?)		0
Esiti riproduttivi – malformazioni congenite			50 (?)		0
Malattie cardiovascolari da stress sul lavoro			470	78	2
Depressione da stress sul lavoro		10.500			6

sarebbero superiori (13,8% negli uomini e del 4,8% nelle donne). Riguardo ai disturbi depressivi, applicando le corrispondenti frazioni attribuibili al numero di casi prevalenti nella popolazione occupata, stimati per mezzo di prescrizioni di antidepressivi (circa 61.000 tra gli uomini e 42.000 tra le donne), si calcola che, dei casi prevalenti, circa 8500 tra gli uomini e 2000 tra le donne sarebbero dovuti all'esposizione a questo fattore di rischio. Per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, sulla base dei ricoveri e della mortalità nella fascia di età 20-70 anni, si verificherebbero circa 850 decessi e 6200 nuovi casi all'anno tra gli uomini e 200 decessi e 1600 ricoveri tra le donne; di questi, 74 decessi e 435 ricoveri nei maschi e 4 decessi e 35 ricoveri nelle femmine sarebbero derivanti dall'esposizione a stress occupazionale.

Descrizione organizzativa in termini di competenze, programmi, eccellenze e criticità

Le competenze regionali fanno capo al Settore Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva. È stato istituito il *Comitato regionale di coordinamento*², che opera per realizzare una programmazione coordinata degli interventi in materia di igiene e sicurezza sul lavoro e una loro migliore uniformità sul territorio. È stato definito, presso il Comitato regionale di coordinamento³, l'*Ufficio operativo* composto da rappresentanti degli organi di vigilanza (SPreSAL, Direzione regionale del lavoro, INAIL, ISPESL, INPS e VVF), con funzioni di programmazione e coordinamento delle attività di vigilanza, individuando le priorità a livello territoriale. Gli SPreSAL hanno il supporto dell'ARPA, del CTO e del CPO quali strutture specialistiche di secondo livello, nonché della rete regionale dei Servizi di Epidemiologia e del Centro di documentazione regionale DoRS per accedere a documentazione scientifica pubblicata o grigia o per richiedere elaborazioni ad hoc sulle banche dati disponibili.

Nel corso del 2009 si è operato per individuare uno strumento utile alla programmazione delle attività di vigilanza, di informazione, formazione e assistenza demandate ai Servizi, a partire dalle priorità individuate a livello locale definendo delle mappe di rischio per ciascun territorio ASL e per l'intera regione. Le mappe di rischio, costruite sulla base delle principali fonti informative istituzionali disponibili (INAIL, Assessorato Agricoltura, Osservatorio del Mercato del Lavoro, Assessorato Ambiente) e validate dai soggetti sociali interessati (rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, organismi sindacali e associazioni di categoria), consentiranno di giungere a una conoscenza più ricca e articolata dei rischi presenti negli ambienti di lavoro della Regione. Le mappe descrivono la struttura produttiva e la distribuzione territoriale dei rischi e dei danni prioritari attraverso l'analisi della frequenza e gravità degli infortuni, nonché dell'incidenza e della prevalenza delle patologie associate al settore produttivo; l'uso delle informazioni derivanti dalle mappe di rischio consentirà di migliorare la programmazione dell'attività, da parte della Direzione Sanità e del Comitato regionale di coordinamento, dell'Ufficio operativo e dei soggetti sociali interessati (organizzazioni sindacali e datoriali, associazioni di categoria) a partire dai rischi più gravi e frequenti presenti nel loro territorio, nonché di misurare i cambiamenti che si realizzano e di monitorare nel tempo l'evoluzione delle problematiche.

Lo sviluppo di mappe di rischio permetterà una migliore conoscenza dei rischi presenti negli ambienti di lavoro

² Come previsto dall'art. 27 del DLgs 626/1994 in passato, e più recentemente dall'art. 7 del DLgs 81/2008, che lo ha sostituito.

³ Con DPCM del 21 dicembre 2007.

Per promuovere un miglioramento delle conoscenze sulle problematiche di salute negli ambienti di lavoro sono stati avviati ulteriori filoni di attività che hanno determinato l'attivazione di diverse iniziative.

In particolare un apposito gruppo di lavoro ha il compito di valutare, anche in accordo con le indicazioni nazionali, la completezza e la qualità delle informazioni riguardanti la sorveglianza sanitaria e l'esposizione dei lavoratori, ricevute dai medici competenti⁴.

Il DLgs 81/2008 stabilisce inoltre precisi obblighi a carico del datore di lavoro ai fini della protezione dei lavoratori da agenti fisici, sostanze pericolose e atmosfere esplosive. L'attività di vigilanza e controllo dei Servizi, dovendo quindi rivolgersi anche alla riduzione dei rischi derivanti da tali fattori, pone attenzione anche alle industrie a rischio di incidente rilevante per le quali l'attività sarà sviluppata attraverso la raccolta, la disamina e la valutazione di aspetti tecnici di carattere squisitamente impiantistico e lo studio dei diversi fattori di rischio per quanto concerne la sicurezza e l'esposizione dei lavoratori.

Ulteriori iniziative ormai consolidate riguardano l'implementazione del sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali, che consente di comprendere le modalità più frequenti di accadimento degli infortuni, analisi utili all'orientamento delle attività di prevenzione e alla ridefinizione di programmi annuali dedicati alla prevenzione e sicurezza nei cantieri edili.

È in corso la revisione del sistema informativo regionale, al fine di migliorare la raccolta dei dati di attività dei Servizi per una più approfondita rielaborazione di livello regionale e per assolvere al debito informativo nazionale, nell'ambito del Protocollo d'intesa per la costruzione del Sistema informativo nazionale di prevenzione (SINP).

È da alcuni anni in uso un protocollo di gestione del flusso delle notizie di infortunio che pervengono ai Servizi concordato con la Procura Generale della Repubblica per il Piemonte e la Valle d'Aosta, al fine di uniformare i comportamenti relativi alle attività svolte in questo ambito da parte delle istituzioni aventi competenze in materia, che potrà consentire un'ulteriore lettura critica del fenomeno infortunistico.

Nell'ambito del Piano di Prevenzione Infortuni 2005-2008, al fine di migliorare l'utilizzo delle banche dati esistenti è stato avviato un percorso formativo rivolto alla rete di referenti presenti in ogni SPreSAL.

È stata inoltre enfatizzata l'attività di valutazione negli anni 2000 nel settore delle costruzioni: vigilanza nei cantieri e sulle grandi opere, formazione di lavoratori TAV e *work-health promotion* (WHP). Sono disponibili tre dossier contenenti l'analisi e i risultati della valutazione condotta sulle attività di vigilanza, di formazione e di WHP.

È stato costruito un dossier di documentazione sugli interventi efficaci per la prevenzione degli infortuni in edilizia e individuato un intervento multicomponente attivabile in Piemonte per la prevenzione degli infortuni nelle grandi opere e nei cantieri comuni. Sulla base del percorso sviluppato sono state redatte indicazioni per la ri-progettazione del *Piano regionale di prevenzione in edilizia per gli anni 2009-2010*.

A partire dal 2006, la Regione Piemonte effettua attività di regolamentazione e monitoraggio della formazione dei responsabili del servizio di prevenzione e protezione (RSPP)⁵ e, in campo edile, dei lavoratori in quota⁶. Tale attività, almeno per quanto riguarda la produzione di indicazioni operative, sarà integrata a seguito della definizione da parte della Conferenza Stato-Regioni degli atti che regoleranno gli altri percorsi formativi previsti dal DLgs 81/08 (datori di lavoro e lavoratori).

⁴ Ai sensi dell'art. 40 del DLgs 81/2008, Testo Unico in materia di igiene e sicurezza del lavoro.

⁵ DD n. 117 del 9/08/2006.

⁶ DD n. 112 del 2/08/2006.

La Direzione Sanità, in collaborazione con la Direzione Istruzione, Formazione Professionale e Lavoro, coordina inoltre il gruppo di lavoro che avrà il compito di gestire le risorse economiche previste dall'art. 11 comma 7 del DLgs 81/08 per un Piano straordinario di formazione per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro⁷, per il primo anno pari a circa 3.400.000 euro, attraverso la stesura di specifici avvisi pubblici, l'esame e il finanziamento dei progetti formativi di conseguenza presentati e la valutazione degli esiti di tali progetti.

Nell'ambito delle procedure di accertamento sanitario sui lavoratori addetti a mansioni rischiose verso terzi, inerenti all'assenza di tossicodipendenza o di uso di sostanze stupefacenti, sono state avviate alcune iniziative⁸. In particolare un apposito gruppo tecnico multiprofessionale (esperti dei SerT, Medicina del Lavoro, SPreSAL e laboratori analisi) ha prodotto linee di indirizzo al fine di consentire un'applicazione omogenea su tutto il territorio regionale delle disposizioni degli accordi nazionali.

Per quel che riguarda il complesso delle attività dei Servizi di Prevenzione, è stato definito un piano di lavoro contenuto nel *Documento di indirizzo per la programmazione e per la realizzazione dei piani di vigilanza degli SPreSAL per gli anni 2009-2010*, condiviso e adottato dai Servizi stessi, che fornisce indirizzi operativi relativamente ai seguenti macro ambiti:

- vigilanza preventiva nei luoghi di lavoro;
- vigilanza in edilizia;
- attività inerente a infortuni;
- attività inerente a malattie professionali;
- attività su richiesta;
- informazione, assistenza e promozione della salute;
- sistema informativo, definizione procedure, valutazione risultati.

Alcune fra le principali criticità, in molti casi insite nella gestione di una materia complessa quale l'igiene e la sicurezza negli ambienti di lavoro, sono sintetizzate di seguito.

- È necessaria una maggiore condivisione degli indirizzi della programmazione regionale.
- L'oggettiva difficoltà nel misurare gli esiti delle azioni di prevenzione in un'ottica di *evidence based prevention* (EBP) deriva anche dallo scarto esistente tra l'abbondanza dei dati disponibili e la capacità di utilizzarli efficacemente. Particolare difficoltà, a causa delle carenze presenti nei sistemi informativi riguardanti le esposizioni, permangono nel monitoraggio delle azioni di contrasto alle patologie da lavoro.
- La presenza di numerosi soggetti pubblici e rappresentativi delle forze sociali, operanti nel settore, rappresenta certamente una grande ricchezza di ruoli e competenze da poter mettere in comune per creare importanti sinergie. L'elevato numero di soggetti necessita però di un grande impegno in termini di coordinamento da parte di ciascuno di essi, non ancora sufficientemente sviluppato. A tal fine è operativo il Comitato regionale di coordinamento.
- È necessario avviare con l'Autorità Giudiziaria un confronto sulle problematiche di rischio più significative presenti sul territorio, a partire dalle mappe di rischio territoriali, al fine di giungere a una proficua condivisione e sinergia sulle priorità di intervento, nel rispetto dei ruoli e compiti dei singoli organi. Il confronto e la collaborazione fra gli organi di vigilanza e la magistratura, sulla base di programmi concordati, consentiranno inoltre di migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi di prevenzione e vigilanza.

⁷ DGR n. 42-12691 del 30/12/2009.

⁸ In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 30/10/2007 e dell'Accordo Stato-Regioni del 18/09/2008.

- Le risorse umane a disposizione dei Servizi di prevenzione non sembrano ad oggi ancora completamente adeguate al raggiungimento di obiettivi di prevenzione indicati anche a livello nazionale, nonostante nell'ultimo anno si sia provveduto ad avviare una campagna di assunzioni di personale, soprattutto tecnici della prevenzione.
- La non completa adesione al Protocollo di gestione delle denunce di infortunio comporta una sottovalutazione del fenomeno infortunistico.

Azioni di contrasto alle disuguaglianze

Le persone di bassa posizione sociale sono quelle che eseguono i lavori più pericolosi e meno igienici. Dunque gli interventi che migliorano le condizioni di lavoro riducono anche le disuguaglianze di salute. È stata descritta una maggiore incidenza di infortuni sul lavoro tra coloro che hanno bassa scolarizzazione e posizione sociale non solo a causa del loro impiego in comparti a maggior rischio, ma anche di una distorta percezione del e propensione al rischio o di un minore accesso alle informazioni sulla sicurezza. Tra i fattori che determinano esiti per la salute differenti a parità di attività lavorativa sono stati descritti anche il sesso, il livello di precarietà del rapporto di lavoro, l'età, la nazionalità, le reti familiari di supporto. Questa speciale vulnerabilità al rischio rende necessario adottare interventi di prevenzione ritagliati su misura per queste categorie. È stato segnalato che in Europa "le istituzioni pubbliche e private che si occupano di sicurezza sul lavoro non sembrano aver incluso le disuguaglianze tra i loro target" (Hogstedt, 2002). Inoltre vi è ancora limitata evidenza di efficacia di strategie per contrastare le disuguaglianze tramite interventi sul luogo di lavoro, nonostante vi siano continui interventi sui cicli produttivi a potenziale impatto sulla salute (Costa, 2006). Pur essendo complesso e difficile da affrontare la Regione Piemonte è particolarmente attenta all'argomento. Il Piano è orientato ad approfondire alcuni aspetti del differenziale sociale degli infortuni e delle malattie lavoro-correlate e a individuare alcune azioni specifiche di contrasto delle disuguaglianze. Tenendo conto delle indicazioni fornite dalla letteratura e della loro potenziale efficacia, si ritiene opportuno implementare interventi mirati diretti a particolari gruppi a rischio facilmente identificabili, come i nati all'estero e i lavoratori precari. Particolare attenzione sarà rivolta anche alla prevenzione dei rischi nei settori in cui vi è una maggiore presenza di manodopera femminile, a partire dal rischio per la salute riproduttiva. Un'importante azione di contrasto alle disuguaglianze riguarda la possibilità di individuare, riconoscere e monitorare le condizioni di salute lavoro-correlate nei gruppi a rischio e le eventuali differenze sociali nell'applicazione e nei risultati degli interventi di prevenzione. Questo anche in considerazione delle incertezze ancora esistenti in letteratura e della necessità di ulteriore ricerca epidemiologica. I sistemi informativi di monitoraggio dovranno quindi migliorare la capacità di descrivere la relazione tra condizioni sociali, esposizioni al rischio, stato di salute lavoro-correlato e interventi di prevenzione, per un tempestivo riconoscimento e correzione di potenziali disuguaglianze favorite dall'attività di prevenzione (cosiddetto *equity audit* nella prevenzione). Le mappe di rischio relative ai lavoratori migranti e ai lavoratori con contratti precari presenti nei singoli territori delle ASL, in corso di elaborazione, consentiranno comunque di programmare specifici interventi di formazione e assistenza, oltre che di mirare in questa direzione gli interventi di prevenzione.

Obiettivi generali di salute

Sulla base della situazione epidemiologica presente in Piemonte, il piano intende ridurre la frequenza di infortuni e malattie lavoro-correlate, attraverso il conte-

nimento delle esposizioni presenti in ambiente di lavoro, concentrando le attività sugli ambiti a maggior rischio.

Obiettivi specifici sono:

- mantenimento dei trend di riduzione della frequenza di infortuni sul lavoro, concentrando l'attenzione sui comparti a maggior rischio per infortuni mortali e gravi;
- contrasto delle esposizioni causa di patologie lavoro-correlate individuate come prioritarie su ciascun territorio di competenza;
- contrasto delle disuguaglianze di salute correlate al lavoro (lavoratori immigrati, donne e precari).

Azioni previste

Sono di seguito individuate una serie di azioni coordinate a livello regionale:

- definizione e attuazione del piano edilizia;
- definizione e attuazione del piano agricoltura;
- progettazione e conduzione di iniziative di prevenzione, complete di piano di valutazione, volte a ridurre gli infortuni e le esposizioni causa di patologie lavoro-correlate, sulla base delle priorità individuate, con particolare attenzione alle imprese di piccole e medie dimensioni;
- progettazione e conduzione di iniziative di prevenzione, complete di piano di valutazione, dirette a particolari categorie di lavoratori (stranieri, precari, donne);
- applicazione delle linee di indirizzo regionali nell'ambito delle tossicodipendenze;
- collaborazione per l'attuazione del piano regionale di monitoraggio delle ditte soggette all'applicazione del regolamento REACH, coerentemente con quanto definito a livello nazionale.

Linee strategiche

Il miglioramento delle procedure di programmazione dovrà essere ricercato attraverso una forte integrazione tra i diversi soggetti coinvolti nelle politiche di prevenzione, facendo riferimento ai seguenti orientamenti.

1. Ampliamento/miglioramento del sistema informativo:
 - gestione integrata dei sistemi di sorveglianza già disponibili a livello regionale e di ASL (INAIL-ISPEL-Regioni, Infortuni mortali, banca dati agricoltura, Osservatorio Regionale Mercato del Lavoro-ORML, dati di attività);
 - attivazione e messa a regime di sistemi di monitoraggio delle esposizioni in ambiente di lavoro (dati sulla sorveglianza sanitaria, registri degli esposti a cancerogeni, MALPROF, osservatori tumori del naso e mesoteliomi e notizie di malattie professionali segnalate agli SPreSAL);
 - sviluppo delle capacità descrittive delle sottopopolazioni a rischio (stranieri, precari) e delle eventuali differenze sociali nell'applicazione e nei risultati degli interventi di prevenzione;
2. Coordinamento delle funzioni di programmazione e valutazione degli interventi:
 - integrazione tra i diversi assessorati regionali e tra i diversi enti deputati a svolgere attività di prevenzione e vigilanza;
 - integrazione interdipartimentale con particolare riferimento alle attività di prevenzione e ai programmi integrati in ambiente di vita;

Attivazione di interventi integrati con gli altri enti competenti in materia

- produzione partecipata di linee di indirizzo operativo basate sulle evidenze;
 - sperimentazione dell'applicazione di modelli di audit sui servizi;
 - completamento del processo di integrazione nelle ASL accorpate perseguendo l'organizzazione funzionale al raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale.
3. Riorientamento delle attività complessive delle ASL:
- vigilanza mirata al contesto produttivo e alle priorità evidenziate dalla lettura e analisi delle mappe di rischio;
 - azioni mirate di prevenzione infortuni a partire dalla completa applicazione del Protocollo di gestione delle denunce di infortunio e dall'utilizzo dei dati derivati dal Sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali;
 - azioni mirate di prevenzione delle malattie professionali a partire dalla completa applicazione del Protocollo di gestione delle denunce di infortunio e dall'utilizzo dei dati derivati dal Sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali.
4. Riorientamento delle attività delle ASL sulle malattie professionali a partire dalla lettura delle mappe di rischio e dalle informazioni derivanti dalle banche dati disponibili.
5. Formazione degli operatori SPreSAL, coerentemente con la programmazione regionale/aziendale con particolare riferimento a:
- buone pratiche e interventi efficaci;
 - utilizzo integrato dei sistemi di sorveglianza disponibili;
 - formazione in campo nelle attività di igiene industriale.
6. Miglioramento delle attività di comunicazione a livello regionale e di ASL rivolta agli *stakeholders* e alla popolazione generale.

Monitoraggio

Sarà attivato un piano di valutazione di processo sulle attività previste, attraverso l'implementazione di indicatori che descrivono e misurano gli aspetti organizzativi, i cambiamenti attuati negli ambienti di lavoro a seguito degli interventi effettuati, le sinergie costruite nei territori, le attività di sorveglianza, prevenzione e comunicazione avviate e/o consolidate, gli interventi di formazione realizzati. Saranno calcolati indici infortunistici di frequenza e gravità al fine di monitorare il raggiungimento degli obiettivi generali di salute. Un contributo essenziale per il monitoraggio dell'attività deriverà dall'aggiornamento e dall'arricchimento delle mappe territoriali di rischio degli ambienti di lavoro. La valutazione si avvarrà del sistema di monitoraggio dell'attività dei Servizi e del sistema informativo INAIL-ISPEL-Regioni. Il monitoraggio del Piano edilizia sarà effettuato, come già previsto nel Piano edilizia 2009-2010, sia in termini di efficienza sia in termini di impatto sulla salute. Sarà inoltre definito uno specifico piano di valutazione di processo e di risultato del Piano agricoltura.

Il monitoraggio delle azioni di contrasto messe in atto per la prevenzione delle patologie lavoro-correlate sarà effettuato, in una prima fase, attraverso la messa a regime dei sistemi informativi specifici.

Obiettivo generale di salute

Prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro

Azioni	Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
Ampliamento/miglioramento del sistema informativo (INAIL-ISPEL-Regioni, Infortuni mortali, banca dati agricoltura, Osservatorio Regionale Mercato del Lavoro-ORML, dati di attività, dati sulla sorveglianza sanitaria, registri degli esposti a cancerogeni, MALPROF, osservatori tumori del naso e mesoteliomi e notizie di malattie professionali segnalate agli SPreSAL)	Ottimizzazione dei sistemi di sorveglianza già disponibili a livello regionale e di ASL	Partecipazione al processo di ottimizzazione dei sistemi di sorveglianza Utilizzo dei sistemi informativi definiti
Riduzione patologie e infortuni in ambienti di lavoro	Definizione del piano edilizia e del piano agricoltura completi di un piano di valutazione di processo e di risultato Aggiornamento e arricchimento delle mappe di rischio a livello regionale	Attuazione del piano edilizia e del piano agricoltura Utilizzo, aggiornamento e arricchimento delle mappe di rischio territoriali da parte dei Servizi ai fini della programmazione dell'attività e del confronto con le forze sociali Attività di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro mirata e qualificata e verifica dei miglioramenti conseguiti
	Attivazione di percorsi formalizzati e condivisi (nell'ambito delle attività del Comitato regionale di coordinamento ex art. 7 DLgs 81/2008 e dell'Ufficio operativo di vigilanza regionale) di individuazione delle priorità di intervento Definizione di nuove procedure di intervento e coordinamento fra gli enti deputati a svolgere attività di vigilanza (ASL, VVF, Direzione Generale del Lavoro, INPS, INAIL) Definizione e attuazione di sistemi standard di raccolta delle informazioni sulla sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti, coerentemente con quanto definito a livello nazionale Definizione e attuazione di sistemi standard di raccolta e lettura dei dati sulla sorveglianza sanitaria, registri degli esposti a cancerogeni, MALPROF, osservatori tumori del naso e mesoteliomi e notizie di malattie professionali segnalate agli SPreSAL	Verifica dei sistemi di rilevazione di ASL delle malattie professionali, con individuazione di strumenti e misure per ridurre il fenomeno della sottototifica

	Definizione di procedure per la gestione integrata dei sistemi di sorveglianza già disponibili a livello regionale e di ASL (INAIL-ISPEL-Regioni, Infortuni mortali, banca dati agricoltura, ORML, dati di attività)	Utilizzo dei sistemi di sorveglianza disponibili
Sviluppo delle attività di diffusione, informazione e formazione	<p>Definizione e attuazione di un piano di comunicazione rivolto agli <i>stakeholders</i> e alla popolazione generale, con particolare riferimento alle priorità di intervento individuate</p> <p>Attivazione di interventi di diffusione e di formazione sugli interventi efficaci per la prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro-correlate, incentivando l'utilizzo delle revisioni sistematiche laddove esistenti</p> <p>Attivazione di interventi di diffusione e di formazione su raccomandazioni per la prevenzione dei rischi</p> <p>Definizione di percorsi formativi per gli operatori degli SPreSAL</p> <p>Produzione di atti regolamentari e monitoraggio dei corsi di formazione per le figure responsabili della gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del DLgs 81/08</p> <p>Definizione di un Piano straordinario di formazione ai sensi dell'art. 11 del DLgs 81/08, in collaborazione con i componenti del Comitato regionale di coordinamento</p>	<p>Diffusione delle buone pratiche e in generale degli interventi efficaci anche attraverso attività di formazione</p> <p>Collaborazione con la Regione nell'individuazione delle priorità formative</p> <p>Vigilanza sulla correttezza ed effettività della formazione</p> <p>Partecipazione al gruppo di lavoro progettuale</p>
Attivazione di interventi integrati	<p>Programmi di attività con individuazione di progetti specifici di prevenzione (ad esempio sicurezza nelle scuole)</p> <p>Attività, nell'ambito del REACH, secondo un piano nazionale definito dal Ministero</p>	<p>Integrazione interdipartimentale con definizione di programmazione integrata</p> <p>Collaborazione per l'attuazione del piano regionale di monitoraggio delle ditte soggette all'applicazione del regolamento REACH, coerentemente con quanto definito a livello nazionale</p>

Bibliografia

- Bena A, Berchiolla P, Quarta D, Pasqualini O, Baffert G. Infortuni sul lavoro e percezione del rischio nei lavoratori stranieri impiegati nella grandi opere in Italia. *Tendenze nuove* 1/2007. Il Mulino.
- Bena A, Pasqualini O, Quarta D. *L'andamento infortunistico nel territorio*. Regione Piemonte, 2009. Disponibile su http://www.dors.it/el_focus.php?codf=00&focus=E
- Breslin FC, Smith P. Age-related differences in work injuries: a multivariate, population-based study. *Am J Ind Med* 2005; 48: 50-56.
- Costa G, D'Errico A. Inequalities in health: do occupational risks matter? *Eur J Public Health* 2006; 16(4): 340.
- Dong, X, Platner, J. Occupational fatalities of Hispanic construction workers from 1992 to 2000. *Am J Ind Med* 2004; 45: 45-54.
- Hogstedt & Lundberg. Work-related policies and interventions. In: Mackenbach & Bakker, *Reducing inequalities in health: a European perspective*. 2002.
- Leombruni R, Bena A, Giraud M. Lavoro e salute. Prime evidenze da un sistema informativo integrato sugli infortuni da lavoro. *Prisma. Economia, società e lavoro*, 2008.
- Libener M, Miotti F, Pasqualini O, Ruvolo M. *Rapporto sulla ricostruzione degli infortuni mortali in Piemonte anni 2007-2008*. (2009) Disponibile su http://www.dors.it/cmfocus/alleg/Rapporto_2007_2008.pdf
- Regione Piemonte. *Piano di prevenzione attiva infortuni sul lavoro 2006-2008*. Disponibile su http://www.dors.it/cmfocus/alleg/piano_prevenzione%20piemonte.pdf
- Regione Piemonte. *Piano regionale di prevenzione in edilizia 2009-2010*. Disponibile su http://www.dors.it/el_focus.php?codf=0100&focus=E
- Regione Piemonte. *Relazioni ASL 2008-andamento infortuni*. Disponibili su http://www.dors.it/el_focus.php?codf=00&focus=E
- Regione Piemonte. *Priorità nell'igiene e sicurezza del lavoro in Piemonte*. http://www.dors.it/alleg/0200/Priorita_igiene_regpiemonte1.pdf
- Regione Piemonte. *Documento di indirizzo per la programmazione e per la realizzazione dei piani di vigilanza degli SPreSAL per gli anni 2009-2010*. http://www.regione.piemonte.it/sanita/sicuri/dwd/prog_spresal09.pdf
- Virtanen M, Kivimaki M, Virtanen P, et al. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol* 2005; 34: 610-622.

7. Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico

Elementi di responsabilità sociale

Le azioni del Piano consentiranno di:

- migliorare le conoscenze sulla frequenza e le dinamiche degli incidenti domestici;
- costruire una rete di alleanze tra enti e istituzioni che a vario titolo intervengono sugli aspetti dell'incidentalità domestica;
- attivare interventi di comunicazione mirata alle diverse fasce di popolazione per stimolare l'attenzione su questo aspetto dell'incidentalità ancora poco considerato;
- programmare interventi di formazione per il personale sanitario e scolastico perché possa efficacemente collaborare a progetti di prevenzione;
- sviluppare nei cittadini la consapevolezza del problema.

Elementi di novità

- Sviluppo di una rete interdisciplinare regionale che lavora su progetti condivisi e con una metodologia comune.
- Integrazione tra le informazioni epidemiologiche e le attività di promozione della salute
- Lavoro articolato sui diversi target di popolazione interessati al problema (bambini, anziani, casalinghe).
- Sviluppo di più linee di azione che possono concorrere a uno stesso obiettivo (sistemi informativi, formazione, informazione, vigilanza).
- Continuità dell'azione attraverso la stabilizzazione delle attività nei programmi dei Servizi interessati.

Strumenti di governo

Gli obiettivi specifici assegnati al Direttore Generale prevedranno:

- azioni integrate di sorveglianza, prevenzione e promozione della salute con costruzione di alleanze, collaborazioni e reti tra gli attori attivi sul territorio di competenza;
- partecipazione del personale delle strutture sanitarie coinvolte alle attività pianificate.

Per la realizzazione degli obiettivi indicati dovranno essere applicati gli strumenti della governance: ricerca delle prove di efficacia, formazione degli operatori, integrazione di professionalità, definizione di indicatori per la valutazione di risultato e di strumenti per la rendicontazione e il monitoraggio.

Monitoraggio e valutazione

Nelle attività di promozione della salute è necessario prevedere un attento monitoraggio delle azioni che compongono il "percorso"; la valutazione di processo è, infatti, essenziale a far sì che il programma di attività resti costantemente sotto controllo.

Più difficile è una valutazione di risultato nel breve termine; certamente è necessario prevedere un sistema di indicatori che nel tempo sia in grado di evidenziare le differenze. Un lavoro condotto su un territorio ampio permette, comunque, di gestire una maggiore quantità di dati che rendono più "stabili" le eventuali differenze osservate.

Dimensione epidemiologica

Gli incidenti domestici solo recentemente sono stati fatti oggetto di interesse per la sanità pubblica e conseguentemente scarsi sono i dati relativi, non vi sono serie storiche affidabili e le informazioni disponibili provengono o da indagini ad hoc o da sorveglianze su territori limitati. Per sopperire a questa mancanza dal 2007 si sta lavorando in collaborazione con i Pronto Soccorso (PS) della Regione per l'applicazione di un archivio comune, proposto a livello nazionale dall'Agenzia Sanitaria (ASP) del Lazio, che permetta di ottenere informazioni sul tipo di lesione, sul codice di gravità, sull'esito del ricorso al PS e sui dati anagrafici del soggetto interessato.

Nel 2008 gli accessi in Pronto Soccorso sono stati oltre 190.000, di cui 5450 nella fascia d'età 0-1 anno e 6824 nella fascia 2-4 anni. I traumi rappresentano circa il 95% degli incidenti occorsi sia negli adulti che nei bambini.

Il codice di accesso al PS non è diverso nelle diverse fasce di età e nel 16,7% dei casi è un codice bianco, nel 79,4% è un codice verde, nel 3,8% è un codice giallo e nello 0,16% un codice rosso. Circa il 7% dei casi è stato ricoverato, 91 persone sono decedute dopo l'arrivo in ospedale. Non è disponibile il dato sui soggetti deceduti prima di giungere al PS.

I dati della sorveglianza PASSI 2008 suggeriscono che i rischi in ambiente domestico siano sottovalutati, in particolare tra gli uomini e le persone con livello economico più alto; più consapevoli sono coloro che vivono con bambini piccoli o con portatori di handicap. Solo un adulto su tre riferisce di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici, prevalentemente attraverso opuscoli o mass media; di questi il 27% ha modificato il proprio comportamento.

Una interessante fonte di informazione è la relazione annuale dell'Agenzia Eurosafe che ha il vantaggio di effettuare confronti tra i paesi europei sia per quanto attiene i dati sia per la normativa e le azioni di prevenzione intraprese. L'Agenzia ha costruito, per ciascuno degli incidenti più frequenti, un indice (*score*) che permette un confronto diretto tra i paesi europei. Lo *score* mette insieme azioni di promozione della salute, normative e stili di vita; il livello ottimale di sicurezza per lo specifico rischio è pari a 5. Si riportano di seguito gli *scores* realizzati dall'Italia per la sicurezza dei minori: cadute 2/5, avvelenamenti 3/5, ustioni 1/5, strangolamento-soffocamento 2/5, annegamento 3/5. Nel confronto con gli altri paesi la situazione mostra i suoi limiti se si considera che paesi come l'Islanda, la Svezia, l'Olanda e la Francia raggiungono punteggi decisamente superiori.

Sempre l'Agenzia europea per la sicurezza, nel rapporto del 2009, sottolinea come, sebbene in Italia rispetto alla fine degli anni '80 si siano fatti enormi progressi, gli incidenti rimangono la prima causa di morte nella fascia 0-19 anni e siano responsabili del 24% di tutti i decessi giovanili.

Descrizione organizzativa in termini di competenze, programmi, eccellenze e criticità

Il progetto Sicurezza Domestica nasce con il primo Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007; il coordinamento regionale delle attività è stato affidato alla Struttura di Epidemiologia ed Educazione sanitaria del Dipartimento di Prevenzione di Torino.

Fin dalle prime fasi del progetto, secondo le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione, l'impostazione dei lavori è stata orientata a rendere autonome le ASL

nella conduzione sia delle attività di vigilanza sia di promozione della salute in questo ambito.

Sulla base delle indicazioni dettate dal Piano Nazionale della Prevenzione, il progetto è stato articolato in tre aree di cui si riportano, sinteticamente, le azioni fin qui svolte e quelle che saranno intraprese nel 2010.

Sorveglianza

La sorveglianza del fenomeno “incidenti domestici” ha riguardato tre linee di attività:

- realizzazione, di concerto con i PS e con la Regione, di un archivio minimo definito a livello nazionale, che ha consentito una prima elaborazione completa dei dati relativi all’anno 2008;
- predisposizione di un’indagine per il monitoraggio, nell’ambito del progetto nazionale “Genitori più”¹ e in occasione della terza dose di vaccino, delle attività rivolte ai genitori dei bambini 0-4 anni per indagare sulla comprensibilità dell’informazione ricevuta, sugli eventuali cambiamenti apportati nella casa a seguito dell’informazione, sugli eventuali incidenti occorsi al bambino nel suo primo anno di vita. L’indagine campionaria condotta su tutto il territorio regionale sarà ripetuta ogni sei mesi;
- realizzazione del follow-up dell’indagine nazionale sulle fratture degli arti inferiori nelle persone anziane di cui il Piemonte ha tenuto il coordinamento. I risultati saranno resi disponibili nel 2010.

Vigilanza

Nell’ambito delle attività di vigilanza dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica per la verifica degli alloggi in caso di segnalazione di inconvenienti igienico-sanitari o di autorizzazioni in caso di ricongiungimento familiare, è stata inserita un’attività di valutazione della sicurezza delle strutture e degli impianti. A questo scopo è stata realizzata un’attività di formazione rivolta agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione del Piemonte in tema di sicurezza strutturale e impiantistica delle case, con il coinvolgimento, come docenti, anche di artigiani iscritti alla CNA (Confederazione Nazionale dell’Artigianato e della Piccola e Media Impresa).

Sono state predisposte una check-list da utilizzare nel corso delle verifiche effettuate durante i sopralluoghi (così dette “occasioni opportune”) e una procedura per gli interventi su “intossicazioni da monossido di carbonio”.

Promozione della salute

In questo ambito, si sono sviluppate due linee di attività, rivolte ai bambini e agli anziani, che rappresentano la fasce di popolazione maggiormente a rischio di incidente domestico.

Bambini

- Realizzazione di un percorso formativo avviato nel 2008 e proseguito nel 2009 per oltre 1000 operatori sanitari dei Servizi vaccinali e materno-infantili, che incontrano i genitori dei bimbi 0-4 anni, finalizzato ad accrescere le competenze sui rischi domestici e sulla capacità relazionali.
- Realizzazione di materiali informativi da utilizzare in tutte le occasioni di contatto con i genitori (corso di preparazione al parto, momenti vaccinali, bilanci di salute, incontri in consultorio).

¹ http://www.regione.piemonte.it/speciali/genitori_piu/index.htm

Anziani

Per la prevenzione delle cadute nella popolazione anziana sono stati attivati, in collaborazione con la Circostrizioni a Torino e dei Comuni nelle altre ASL del Piemonte, i “gruppi di cammino” che rispondono al bisogno di conservare un buon tono muscolare e un buon equilibrio anche in età avanzata. L’attività fisica moderata, svolta quotidianamente, è riconosciuta come uno dei fondamenti di un buono stato di salute. Il Piemonte è partner del progetto nazionale², di cui è capofila il Veneto, che permetterà nei prossimi anni di sviluppare a livello regionale quello che ora è una iniziativa di singole ASL.

Azioni di contrasto alle disuguaglianze

L’Agenzia Eurosafe evidenzia una maggiore incidenza di incidenti domestici nelle famiglie a più basso reddito, a più basso livello di istruzione, a più alto affollamento. Inoltre, questa popolazione ha un minore accesso ai servizi e partecipa poco a iniziative quali i corsi di preparazione al parto, gli incontri post-partum o i corsi di massaggio neonatale.

Poiché in questa popolazione rientrano, in buona parte, i cittadini stranieri, spesso sono presenti difficoltà di comprensione dell’italiano: è necessario pertanto trovare modalità per migliorare la comunicazione con questi genitori. Certamente i punti nascita e i centri vaccinali sono i luoghi di elezione per instaurare un contatto poiché costituiscono passaggi obbligati; inoltre, i consultori pediatrici si pongono ormai da anni come riferimento per tutto ciò che attiene alla salute dei bambini stranieri. Sulla base di queste considerazioni e per superare l’ostacolo della lingua, si è provveduto alla traduzione e distribuzione dei materiali informativi tradotti in varie lingue nelle strutture sopra ricordate.

Anche per gli anziani si pone un problema di partecipazione alle attività di cammino; per superare questo ostacolo si sta lavorando per un ampio coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei servizi sociali.

Obiettivi generali di salute e linee strategiche

- Riduzione dei ricoveri per fratture agli arti inferiori nella popolazione di età superiore a 65 anni.
- Riduzione degli accessi al Pronto Soccorso per incidenti avvenuti in ambito domestico nei bambini 0-4 anni.
- Definizione di strumenti omogenei per la raccolta delle informazioni sulla sicurezza delle case nel lavoro di vigilanza.

² Il progetto prevede: un coordinamento con le Amministrazioni regionali e cittadine coinvolte; formazione dei referenti ASL e dei loro stretti collaboratori; formazione rivolta ai MMG anche attraverso programmi FAD; supporto alla realizzazione di attività locali; riproduzione e distribuzione di materiali informativi e gestione di un sito web dedicato; acquisizione, da parte degli operatori sanitari, di competenze teoriche e pratiche che consentano di utilizzare, nel corso delle attività istituzionali, strumenti intersettoriali adeguati per la promozione dell’attività fisica; organizzazione di gruppi di cammino per anziani o soggetti affetti da patologie specifiche; eventuale realizzazione di gruppi di cammino che consentano di mantenere anche livelli di impegno più elevati; diffusione di linee guida operative inerenti gli interventi urbanistici in grado di influenzare concretamente lo stile di vita rendendolo più attivo.

Riduzione dei ricoveri per fratture agli arti inferiori nella popolazione di età superiore a 65 anni

Le linee strategiche sono riconducibili agli obiettivi del Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria a cui la Regione Piemonte aderisce (Regione capofila: Veneto):

- promozione dell'attività fisica privilegiando le modalità integrabili nella vita quotidiana (gruppi di cammino, bicicletta);
- interventi di formazione rivolti a operatori sanitari e MMG per implementare conoscenze e abilità per la promozione /prescrizione dell'attività fisica;
- formazione di conduttori dei gruppi di cammino;
- monitoraggio delle attività.

Riduzione degli accessi al PS per incidenti avvenuti in casa ai bambini 0-4 anni

I dati relativi ai bambini ricoverati per ustioni e avvelenamenti sottolineano la necessità di porre attenzione alla prevenzione di questi tipi di infortuni nella prima infanzia.

Le linee strategiche prevedono:

- regolare distribuzione dei materiali informativi alle ASL perché possano proseguire nella loro azione di counseling breve nelle occasioni opportune (corsi di preparazione al parto, dimissione dai punti nascita, vaccinazioni, bilanci di salute, consultori pediatrici);
- monitoraggio delle attività con incontri periodici con gli operatori coinvolti per valutare criticità e risorse, nell'ottica di una più attenta riprogrammazione;
- valutazione periodica dell'impatto dell'informazione sui genitori con questionario somministrato a un campione in occasione della terza seduta vaccinale;
- traduzione degli opuscoli informativi nelle lingue veicolari per poter raggiungere la popolazione straniera che presenta rischi maggiori di quella italiana;
- formazione degli operatori di nidi e scuole materne.

Definizione di strumenti per la raccolta delle informazioni sulla sicurezza delle case nel lavoro di vigilanza

Le linee strategiche prevedono:

- valutazione della sperimentazione effettuata e individuazione delle criticità sull'uso degli strumenti di raccolta delle informazioni anche attraverso riunioni periodiche del tavolo di lavoro;
- definizione di nuovi fabbisogni informativi su ambiti specifici;
- valutazione della fattibilità di un'indagine campionaria sullo stato della sicurezza nelle abitazioni della Regione.

Interventi di supporto

- Miglioramento dei flussi informativi dei PS secondo l'archivio comune predisposto dall'ASP Lazio. Dal 2007 è stato istituito il debito informativo regionale che consente di identificare gli accessi al PS dovuti a incidente domestico (luogo/trauma).
- Analisi dei dati del sistema di sorveglianza PASSI.
- Attivazione di collaborazioni con reti televisive e radiofoniche regionali per inserimento nei palinsesti delle tematiche sulla sicurezza.
- Momenti di formazione comuni.

Monitoraggio

Il monitoraggio può avvalersi dei risultati provenienti dal nuovo sistema di sorveglianza basato sui PS. Sarà in questo modo possibile monitorare la gravità e gli accessi dovuti a infortuni domestici, attraverso un sistema di indicatori che nel tempo sia in grado di evidenziare le differenze.

Obiettivo generale di salute

Prevenzione dei rischi infortunistici in ambito domestico

Azioni	Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
Riduzione dei ricoveri per fratture arti inferiori nella popolazione di età superiore a 65 anni	Attivazione di una rete permanente di referenti nei Dipartimenti di prevenzione delle singole ASL per la promozione dell'attività motoria Promozione della attività fisica privilegiando le modalità integrabili nella vita quotidiana (gruppi di cammino, bicicletta) Interventi di formazione rivolti a operatori sanitari e MMG per implementare conoscenze e abilità per la promozione/prescrizione dell'AF Formazione di conduttori dei gruppi di cammino Monitoraggio delle attività	Miglioramento dei flussi informativi dei pronto soccorsi secondo l'archivio comune predisposto dall'ASP Lazio Analisi dati PASSI Costituzione di collaborazioni con reti televisive e radiofoniche regionali per inserimento nei loro palinsesti delle tematiche sulla sicurezza Attivazione di interventi locali di promozione dell'attività fisica
Riduzione degli accessi al Pronto Soccorso per incidenti avvenuti in ambito domestico nei bambini 0-4 anni	Regolare distribuzione dei materiali informativi alle ASL perché possano proseguire nella loro azione di counseling breve nelle occasioni opportune (corsi di preparazione al parto, dimissione dai punti nascita, vaccinazioni, bilanci di salute, consultori pediatrici) Monitoraggio delle attività con incontri periodici con gli operatori coinvolti per valutare criticità e risorse, nell'ottica di una più attenta riprogrammazione Valutazione periodica dell'impatto dell'informazione sui genitori con questionario somministrato ad un campione in occasione della terza seduta vaccinale Traduzione degli opuscoli informativi nelle lingue veicolari per poter raggiungere la popolazione straniera che presenta rischi maggiori di quella italiana Formazione operatori nidi e scuole materne	Miglioramento dei flussi informativi dei Pronto Soccorso secondo il <i>minimum data set</i> predisposto dall'ASP Lazio Analisi dati PASSI Costituzione di collaborazioni con reti televisive e radiofoniche regionali per inserimento nei loro palinsesti delle tematiche sulla sicurezza Attivazione di attività di counselling nelle occasioni opportune
Definizione di strumenti per la raccolta delle informazioni sulla sicurezza delle case nel lavoro di vigilanza	Promozione dell'uso della scheda di valutazione della sicurezza domestica	Applicazione del sistema di valutazione della sicurezza domestica nell'ambito delle attività di vigilanza

8. Prevenzione incidenti stradali

Elementi di responsabilità sociale

Gli incidenti stradali rappresentano un rilevante problema di salute, pur registrando negli ultimi anni una riduzione degli indici di mortalità come conseguenza dei migliorati sistemi di sicurezza stradale, dell'introduzione di normative più rigorose, dell'uso obbligatorio dei dispositivi di sicurezza, di una maggiore efficienza dei Servizi sanitari. Per ridurre ulteriormente la mortalità e gli esiti invalidanti certamente occorre programmare e attuare azioni integrate di sorveglianza, prevenzione e promozione della salute con costruzione di alleanze e collaborazioni tra gli attori attivi sui territori di competenza.

Elementi di novità

- Lavoro interdisciplinare a livello regionale tra i diversi Assessorati interessati al tema e altre Istituzioni.
- Lavoro integrato e di rete, intersettoriale e multi-interdisciplinare, a livello periferico tra i diversi servizi sanitari interessati al tema della prevenzione degli incidenti stradali e gli altri attori esterni al mondo della sanità.

Strumenti di governo

Vengono definiti obiettivi settoriali e di integrazione da includere nella programmazione regionale e di ASL.

Per la realizzazione degli obiettivi indicati dovranno essere applicati gli strumenti della governance: ricerca delle prove di efficacia, formazione degli operatori, integrazione di professionalità, definizione di indicatori per la valutazione di risultato e di strumenti per la rendicontazione e il monitoraggio.

Monitoraggio e valutazione

La costruzione di un "sistema di sorveglianza integrata" a copertura regionale ha anche finalità correlate alla valutazione degli interventi stessi.

La valutazione dei risultati di processo e di impatto nei progetti di promozione della salute verrà effettuata ricorrendo a strumenti già sperimentati nel precedente piano e alla luce dei suggerimenti riscontrati in letteratura. La valutazione dovrà diventare sistematica attraverso un sistema permanente di indicatori di processo e indicatori di esito.

Dimensione epidemiologica

Il Piemonte è tra le Regioni italiane a più elevato rischio morte per incidenti stradali, con un tasso di mortalità (ISTAT 2002) superiore a quello medio nazionale. Nel 2007, secondo ISTAT-ACI, sono stati registrati 14.643 incidenti stradali, nei quali hanno perso la vita 392 persone, mentre 21.363 hanno riportato lesioni di diversa gravità; il rapporto di mortalità (RM), che indica il numero di decessi ogni 100 incidenti in un anno, è di 2,67, superiore al dato medio nazionale (2,22), ma con un trend in diminuzione (RM: 6,48 nel 1991; 3,66 nel 2003). Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e disabilità nelle fasce di età giovanili e il sesso più colpito è quello maschile. Il rischio morte per incidente stradale non si distribuisce in modo uniforme: risultano aree più critiche il cuneese (RM nel 2007: 4,46) e l'astigiano (RM 3,61), sulle cui strade si verificano gli incidenti di maggiore gravità; valori inferiori alla media regionale si registrano invece nelle province di Novara (RM 2,46) e in particolare di Torino (RM 1,98), che è l'unica provincia piemontese in cui l'RM è inferiore al dato nazionale.

Le informazioni attualmente disponibili consentono stime solo approssimative dei costi sociali complessivi derivanti dagli incidenti stradali. L'ISTAT ha stimato per il Piemonte un costo di 1263 milioni di euro nel 2004, pari a 298 euro per abitante (288 la media nazionale). Nel 2006 si sono avuti 3382 ricoveri ospedalieri, che rappresentano l'8% di tutti i ricoveri per traumatismi. Il costo medio dei ricoveri da traumi stradali è di gran lunga superiore al costo dei ricoveri conseguenti ad altri tipi di traumi.

Un aspetto che sembra emergere con una certa evidenza è il differenziale sociale della mortalità da incidenti stradali. A Torino, il rischio di morte per un residente appartenente alla classe operaia a basso livello di qualificazione è di circa il 50% superiore rispetto a quello di un dirigente, così come il rischio di morte di un uomo con un titolo di studio basso è di 2,4 volte superiore rispetto a un uomo con alta scolarità e, tra le donne, di 1,7 volte. Inoltre il rischio di morte è più elevato, di circa il 33%, per i maschi immigrati da paesi esteri rispetto ai nati in Italia.

L'uso dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la mortalità e la gravità degli incidenti stradali. I dati PASSI segnalano che, in Piemonte, casco e cintura di sicurezza anteriore sono utilizzati in maniera diffusa e superiore al dato nazionale, mentre solo poco più di un quarto della popolazione utilizza la cintura di sicurezza posteriore. Un guidatore su dieci guida sotto l'effetto dell'alcol, comportamento che interessa soprattutto il sesso maschile.

Descrizione organizzativa in termini di competenze, programmi, eccellenze e criticità

La Regione Piemonte è da anni impegnata nello sviluppo di programmi di contrasto agli incidenti sulla strada. In ottemperanza alle indicazioni suggerite dal Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale, la Direzione Trasporti¹ della Regione Piemonte ha predisposto il Programma Regionale d'azione 2004-2005, cui hanno fatto seguito il Programma Regionale d'azione 2006-2007 e il Programma Triennale di attuazione 2007-2009, che prevede azioni di promozione e di sostegno per attività e iniziative a cura degli enti locali, azioni dirette della Regione e attività di carattere normativo e regolamentare.

La sanità piemontese con la predisposizione del Piano Regionale di Sorveglianza e Prevenzione degli Incidenti stradali 2005-2007² e dei programmi 2008-2009, nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007, ha dato il suo contributo attraverso il miglioramento delle conoscenze epidemiologiche, lo sviluppo di iniziative di promozione della sicurezza stradale, la predisposizione di strumenti per la comunicazione del rischio alla collettività, il sostegno per la diffusione della "cultura di sicurezza stradale" nella Pubblica Amministrazione e il supporto culturale e metodologico per la programmazione/valutazione di azioni di dimostrata efficacia.

Nell'ambito del PNP 2005-07, la Direzione Sanità della Regione Piemonte ha dato avvio a diverse linee progettuali, alcune delle quali vengono implementate e consolidate col nuovo Piano, promuovendo un lavoro interdisciplinare a livello regionale con la "messa in rete" dei soggetti interessati alla sicurezza stradale³, e un lavoro

Lavoro interdisciplinare a livello regionale; lavoro integrato e di rete a livello periferico

¹ Piano Regionale della Sicurezza stradale. DGR n. 11-5692 del 16/04/2007.

² Piano di Prevenzione degli Incidenti Stradali. 2005-2007. DGR n. 43-2046 del 23/01/2006. http://www.dors.it/cmfocus/alleg/Piano_Regionale_Prevenzione_Incidenti_stradali.zip

³ *Networking istituzionale*: Assessorato Trasporti, Direzione Comunicazione Istituzionale, Settore Programmazione Statistica, Assessorato Politiche giovanili, Direzione Commercio, Sicurezza e Polizia locale, MIUR - Ufficio Scolastico Regionale, Compartimento Regionale di Polizia Stradale Piemonte e Valle d'Aosta, IRES, Provincia di Torino e altre Istituzioni.

intersettoriale e multi-interdisciplinare a livello periferico tra i diversi servizi sanitari interessati al tema della prevenzione degli incidenti stradali e le agenzie esterne al mondo della sanità. In ambito sanitario, tutte le attività di sorveglianza e prevenzione sono programmate con il coinvolgimento di operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, Strutture di Epidemiologia e Promozione della Salute, Dipartimenti delle Dipendenze-Servizi di Alcolologia, Servizi di Medicina Legale, Servizi di Psicologia di tutte le ASL del Piemonte, Pronto Soccorso-DEA, Servizi di Anestesia Rianimazione, Servizi di Riabilitazione, Laboratori analisi di ASO-ASL, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Le funzioni relative alla prevenzione degli incidenti stradali sono riconducibili alle seguenti linee di attività, ciascuna connotata da proprie specificità e da reti di riferimento.

Area sorveglianza

Censimento delle esperienze, messa in rete e scambio/interscambio alla ricerca di “azioni efficaci”

È stata istituita una rete di referenti tecnici, individuati presso tutti i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, che hanno effettuato una ricognizione⁴ delle esperienze di studi epidemiologici sul tema degli incidenti stradali in Piemonte, condotti da Servizi sanitari e altre Agenzie, e di progetti/interventi di prevenzione ed educazione alla sicurezza stradale avviati da Servizi sanitari e/o altri soggetti quali Province, Comuni, organi istituzionali (Polizia Locale, Forze dell’Ordine, ecc.), associazioni di volontariato, che ha consentito di sensibilizzare gli attori locali, di mettere in contatto operatori sanitari afferenti a servizi differenti e di favorire la costruzione di alleanze sul territorio.

Sviluppo di un sistema di sorveglianza integrata

Lo sviluppo di un sistema regionale di sorveglianza integrata è indispensabile per superare alcuni limiti delle fonti informative disponibili non in grado singolarmente di fornire un quadro esaustivo del problema. Il coordinamento di tale attività è stato affidato al Servizio Regionale di Epidemiologia ASL TO3 di Grugliasco.

Le attività svolte in questi anni hanno consentito di esaminare i possibili *linkage* tra le principali fonti informative, ma non sono state superate tutte le criticità. Sono stati consolidati alcuni rapporti di collaborazione in particolare con il Centro Regionale di Monitoraggio per la Sicurezza Stradale, con il sistema 118, la provincia di Torino e con il Settore Programmazione e Statistica. Sono state avviate inoltre collaborazioni con l’Istituto Superiore di Sanità, l’INAIL e il CSI Piemonte, anche nella prospettiva del nuovo sistema di rilevazione regionale denominato TWIST.

Implementazione di nuovi flussi informativi - Il servizio di primo soccorso 118

Questa linea è stata sostenuta dalla Regione Piemonte al fine di migliorare la connessione tra i flussi informativi del sistema sanitario e del sistema ISTAT, consentendo peraltro la “georeferenziazione” degli incidenti. Attraverso una sinergica collaborazione tra le strutture complesse Emergenza-Urgenza 118 di Torino e Cuneo e la struttura semplice di Epidemiologia Aziendale ex ASL 17 di Savigliano si è giunti all’elaborazione di un modello comune di rilievo dei dati legati all’incidentalità stradale nel corso degli interventi effettuati dal sistema 118 e alla messa a punto di una procedura informatica con creazione di un database. Sono state costruite prime mappe digitalizzate dei siti di intervento 118 e griglie contenenti informazioni sugli

⁴ Area focus Incidenti Stradali. www.dors.it

incidenti. L'iniziativa ha permesso altresì il miglioramento della conoscenza delle variabili necessarie per la valutazione del rischio di incidentalità.

Miglioramento dei sistemi informativi esistenti - Il flusso ISTAT

L'obiettivo di standardizzare il modulo di rilevazione ISTAT dell'incidentalità stradale su tutto il territorio regionale è stato condiviso dalla Direzione Trasporti della Regione Piemonte, responsabile dell'attivazione del Centro di Monitoraggio Regionale della Sicurezza Stradale, cui è stato affidato il compito di predisporre il quadro conoscitivo relativo all'incidentalità stradale in Piemonte. La collaborazione fra Trasporti e Sanità ha previsto uno scambio di informazioni in particolare per l'implementazione del prototipo di trasmissione web dei dati di incidenti stradali (sistema TWIST) e l'adesione ai protocolli di intesa Stato/Regioni per il coordinamento delle attività inerenti la rilevazione statistica del dato incidentale. L'uniformità nelle modalità di rilievo e gestione degli incidenti stradali consente un netto aumento della qualità e della tempestività nell'analisi dei dati.

Studio della prevalenza d'uso delle cinture di sicurezza, del casco e dei seggiolini per il trasporto dei bimbi

È stato effettuato un monitoraggio sull'uso dei principali dispositivi di sicurezza al fine di migliorare le conoscenze sui fattori di rischio correlati alla traumatologia stradale, con particolare riferimento all'uso/non uso dei sistemi di protezione individuale, i cui risultati sono contenuti in un report distribuito a tutte le ASL, ai Comuni, alle Forze dell'Ordine e alle scuole. L'indagine ha permesso di consolidare l'attività dei servizi sulla prevenzione degli incidenti stradali, di fornire agli organi impegnati nel controllo sulle strade un quadro aggiornato dei comportamenti delle persone e quindi orientarne l'attività nella direzione di una maggior efficacia dell'azione di contrasto agli illeciti.

Area documentazione

Tra le principali attività condotte in questi ultimi anni: l'attivazione di un'area Focus Incidenti stradali sul sito del Centro regionale di documentazione DoRS⁵; l'aggiornamento delle prove di efficacia relative alla prevenzione degli incidenti stradali; l'implementazione della banca dati ProSa con progetti regionali di prevenzione degli incidenti stradali e loro diffusione.

Area prevenzione

Promozione e attuazione di nuovi interventi di prevenzione basati su prove di efficacia

Negli ultimi anni sono stati promossi diversi progetti/interventi finalizzati alla prevenzione incidenti stradali⁶, che hanno favorito soprattutto lo sviluppo di iniziative basate

⁵ http://www.dors.it/el_focus.php?focus=C

⁶ Progetto Bianca: sicurezza stradale (ASL AT ex ASL 19,); Alcol, droghe e guida... Riflessioni in corso (Assessorato Tutela della salute e sanità); Il mio scudo sono io (Direzione Comunicazione istituzionale); Chi mangerà la torta? e Tutto per un gatto (Direzione Polizia Locale); Diamoci una mossa (Direzione Trasporti); Se bevo alcol non guido!, Questa sera chiamatemi BOB (Direzione Comunicazione istituzionale, Direzione Trasporti e ASL); Guido sobrio e Guido informato (Direzione Polizia Locale, Compartimento regionale Polizia stradale Piemonte e Valle d'Aosta); Viaggio allacciato (Direzione Polizia locale); TIMUOVI (MIUR Ufficio Scolastico Regionale, CRESS-Tavolo interistituzionale di coordinamento regionale per l'educazione alla sicurezza stradale); BIP-BIP (ex ASL 9); Sicura la notte (ex ASL 14); Pronti? Partenza... Via! e Pronti a ripartire! (ex ASL 18 capofila e le ASL del quadrante di Cuneo); Sterzo (ex ASL 17); Chi non risica (ex ASL 14) ecc.

su evidenti prove di efficacia. In questo filone rientra il Progetto Multicentrico *Promozione di comportamenti liberi dall'alcol per la prevenzione degli incidenti stradali* attivato nei 4 quadranti del Piemonte.

Prevenzione degli infortuni da incidente stradale nel settore dell'autotrasporto

Questa linea progettuale, caratterizzata da un forte approccio multidisciplinare, ha visto coinvolti vari enti competenti a diverso titolo in questo settore specifico: Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro ASL CN2, che ha coordinato le attività, Polizia Stradale, INAIL, Direzione Provinciale del Lavoro, Associazioni sindacali, Confedertai, Associazione trasportatori, Unione Industriale della Provincia di Cuneo. La Provincia di Cuneo con API e Confartigianato e l'Associazione Nazionale mutilati ed invalidi del lavoro hanno sostenuto il progetto. Le aziende di autotrasporto, aderenti al progetto, sono state molto attive nel percorso di adeguamento dei sistemi di sicurezza agli standard illustrati.

Sviluppo di programmi a carattere informativo-formativo per la comunità

Da anni la Regione Piemonte promuove percorsi di formazione finalizzati a fornire ai "moltiplicatori dell'azione preventiva"⁷ indicazioni adeguate e strumenti didattici utili per favorire l'informazione e la sensibilizzazione dei giovani sui rischi connessi alla guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive legali e illegali⁸.

I punti di forza di tali percorsi sono rappresentati dall'attivazione di contatti e collaborazioni con diversi enti (Associazioni di categoria UNASCA, Confedertai, Polizia di Stato, SerT, Dipartimenti di Prevenzione, ecc.), dal coinvolgimento di figure professionali diverse, dall'avvio di un protocollo d'intesa Regione-associazioni di categoria autoscuole.

Tutti gli aspetti sopra riportati costituiscono le "eccellenze", vanno pur tuttavia segnalate alcune criticità:

- diffusione non uniforme sul territorio piemontese delle attività di sorveglianza e promozione della sicurezza stradale;
- difficoltà degli operatori di alcune ASL a "raggiungere" tutti i possibili attori della sicurezza stradale;
- necessità di un "riconoscimento formale" degli operatori impegnati nelle attività di prevenzione incidenti stradali da parte delle Direzioni aziendali. Altra criticità condivisa e sentita dalla maggior parte degli operatori sanitari è stata la riorganizzazione e l'accorpamento delle ASL, che ha comportato disagi e rallentamenti dal punto di vista dei tempi e dell'individuazione/definizione delle risorse, soprattutto umane.

⁷ *Moltiplicatori dell'azione preventiva*: soggetti che, pur non avendo un ruolo specifico nell'ambito della prevenzione, entrano a vario titolo in contatto con i destinatari finali (es. giovani, neopatentati, guidatori a rischio ecc.) degli interventi e svolgono una funzione educativa.

⁸ Tra le tipologie di corso attivate:

- *Scegliere la strada della sicurezza*, con l'obiettivo di sensibilizzare e informare i "moltiplicatori dell'azione preventiva" (insegnanti e istruttori di autoscuole, tecnici della Motorizzazione DTT, operatori delle ASL e della Polizia Stradale ecc.) sui temi connessi alla guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive;
- *A ciascuno il suo* con l'obiettivo di rispondere al bisogno di affrontare aspetti pedagogici specifici per target diversi legati alla scelta e all'utilizzo di tecniche e strumenti didattici;
- *Straniero al volante*, con l'obiettivo di informare i partecipanti sui rischi connessi alla guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive, con particolare attenzione agli aspetti normativi e culturali di altri Paesi, approfondendo il tema della pedagogia e della comunicazione con gli stranieri;
- *Le patenti superiori*, con l'obiettivo di informare i partecipanti sui rischi connessi alla guida di mezzi pesanti sotto l'effetto di sostanze psicoattive e di approfondire il tema della pedagogia e comunicazione sui temi del corso con persone per le quali il veicolo si identifica col proprio lavoro.

Azioni di contrasto alle disuguaglianze

La Regione Piemonte è particolarmente attenta all'argomento. Pur essendo il gradiente sociale della mortalità per incidenti stradali in parte correlato al maggior rischio di incidenti stradali sul lavoro (un fenomeno che spiega il 50% circa di tutti gli infortuni sul lavoro mortali), si tratta di un aspetto che merita di essere indagato, tenendo conto dei diversi fattori (comportamentali, psicosociali, maggior tempo passato alla guida, veicoli meno sicuri) che ne sono all'origine. Dal momento che il gradiente sociale dell'incidentalità è associato a un gradiente dei fattori comportamentali di rischio, le azioni del piano mirate al contrasto dei fattori comportamentali dovrebbero avere un impatto anche sul gradiente sociale dell'incidentalità. Per particolari gruppi a rischio facilmente identificabili, come i nati all'estero, che necessitano peraltro di strumenti di comunicazione adattati (ad esempio in lingua), è da valutare l'opportunità di implementare interventi mirati, tenendo conto delle indicazioni fornite dalla letteratura. Verranno quindi approfonditi alcuni aspetti del differenziale sociale della mortalità da incidentalità stradale e verranno individuate azioni specifiche di contrasto delle disuguaglianze.

Obiettivi generali di salute

Contribuire alla riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali, con particolare riguardo a quelli determinati da uso di alcol e sostanze stupefacenti e da eccesso di velocità e a quelli conseguenti al mancato utilizzo di protezioni passive (corretto uso di casco, cinture e seggiolini per bambini).

Linee strategiche

Attivazione e utilizzo di un sistema di sorveglianza integrato

Le attività finalizzate allo sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato, avviate negli anni precedenti, hanno confermato la possibilità, utilizzando i flussi informativi correnti, di descrivere la distribuzione territoriale, l'evoluzione temporale, l'impatto sanitario dell'incidentalità stradale. È anche vero però che il contenuto e la qualità dei flussi informativi disponibili rendono ancora complessa e non puntuale la costruzione di percorsi che collegano i differenti elementi di conoscenza relativi al fenomeno. La ricostruzione dei dati epidemiologici inerenti i danni alla salute (indicatori di costi umani) derivanti da eventi infortunistici stradali si trova di fronte due ostacoli: la difficoltà di ottenere stime aggiornate particolarmente accurate della mortalità e di ottenere stime accurate della disabilità. Tali limiti sono conseguenti a difetti di qualità e completezza delle fonti di dati correnti comunemente utilizzate: i rapporti statistici di incidente stradale ISTAT-ACI (raccolti dalle forze dell'ordine), le schede di morte ISTAT, le schede di dimissione ospedaliera (SDO). Superare alcuni di questi limiti può pertanto condurre a stime più accurate del *burden of disease* correlato all'incidentalità stradale. Tra gli obiettivi di "sorveglianza" del presente Piano, in continuità con quanto avviato con i precedenti piani, si pone certamente la valutazione di qualità delle fonti e il loro miglioramento. Si identifica, inoltre, nella ricostruzione dei percorsi assistenziali il metodo più idoneo alla valutazione su lungo periodo dei costi umani conseguenti a eventi incidentali. La ricostruzione dei percorsi assistenziali necessita tuttavia di ulteriori fonti oltre a quelle citate: per tale motivo negli ultimi anni sono state implementate attività di recupero e valutazione

Sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato a copertura regionale

delle potenzialità di utilizzo di altre fonti sanitarie, quali i dati del sistema di primo soccorso (118), dei Pronto Soccorso, delle certificazioni di invalidità. La costruzione di un sistema di sorveglianza integrata a copertura regionale ha come naturale finalità l'indirizzo e la valutazione degli interventi.

Un ulteriore aspetto di interesse riguarda la stima dei costi sociali connessi all'incidentalità stradale utilizzando sia informazioni presenti nei flussi sanitari sia il flusso informativo corrente sugli "infortuni sul lavoro" relativi agli eventi occorsi nella forma di incidente stradale. Verrà valutata la fattibilità di sviluppare in modo integrato un'attività inerente *l'area della sicurezza* comune ai temi degli incidenti stradali e infortuni sul lavoro, estendibile alla tematica degli incidenti domestici. Il coordinamento di tale linea di attività è affidato al Servizio Regionale di Epidemiologia dell'ASL TO3 di Grugliasco.

Azioni

- Sviluppo e miglioramento della qualità dei flussi informativi esistenti per l'analisi dell'incidentalità stradale.
- Valorizzazione dei flussi informativi correnti sugli "infortuni sul lavoro" relativi agli eventi occorsi nella forma di incidente stradale.
- Stima dei costi sanitari e sociali connessi all'incidentalità stradale.
- Analisi di fattibilità della valorizzazione di nuovi flussi informativi (patenti, infrazioni, disabilità).
- Redazione di rapporti regionali o provinciali con presentazione dati di sorveglianza e immagini descrittive del fenomeno incidentalità stradale.
- Organizzazione di incontri a livello locale con decisori e/o tecnici di enti locali e/o cittadini competenti e/o altri soggetti per condivisione dati di sorveglianza disponibili sul tema incidentalità stradale.

Promozione della sicurezza stradale

Questa linea di intervento trova dei punti di riferimento importanti in alcune iniziative di promozione salute avviate nell'ambito del precedente Piano di Prevenzione Incidenti Stradali 2005-07 e dei programmi 2008-09⁹, che hanno favorito il consolidamento di alcune reti a livello territoriale e la creazione di nuove alleanze con enti come le associazioni di categoria, autoscuole, associazioni di gestori dei locali ecc.

Il Piano Prevenzione incidenti stradali è orientato a:

- consolidare progetti/interventi già in atto e iniziative di promozione/prevenzione con verifica dell'applicazione dei criteri indicati dalla letteratura e della metodologia di lavoro multidisciplinare, multisettoriale, integrata e di rete;
- progettare nuovi interventi di tipo preventivo-educativo, comunicativo-formativo-informativo caratterizzati dallo sviluppo di sinergie tra gli enti istituzionali preposti, il privato sociale e cittadini competenti, e dal coinvolgimento di tutti gli *stakeholders* potenzialmente interessati, in particolare sui temi connessi con la *guida responsabile e la sicurezza stradale* (ad esempio non uso di sostanze psicoattive: alcol e droghe; utilizzo dei dispositivi di protezione: casco, cinture, seggiolini per bambini; velocità moderata).

Programmare nuovi interventi comunicativi, formativi, informativi che coinvolgano tutti gli *stakeholders* interessati

⁹ Progetto Multicentrico "Promozione di comportamenti liberi dall'alcol per la prevenzione degli incidenti stradali". Progetto nazionale "Scegliere la strada della sicurezza: interventi di prevenzione degli incidenti stradali". www.ccm-network.it

Azioni

- Consolidamento di progetti in atto non ancora diffusi in modo uniforme nel territorio regionale, con particolare attenzione alla messa in campo di azioni di contrasto delle disuguaglianze.
- Attivazione di nuovi interventi di tipo comunicativo-formativo-informativo col coinvolgimento di tutti gli *stakeholders* interessati, sui temi connessi con la “guida responsabile e la sicurezza stradale”.
- Organizzazione di seminari di confronto tra operatori sanitari e sociali impegnati in progetti e interventi locali (*peer accreditation*) con particolare attenzione a quei territori che non sono stati raggiunti con il precedente piano.
- Organizzazione di incontri per scambio/interscambio di esperienze con operatori anche di altre regioni che hanno sperimentato modalità efficaci di intervento che possono essere considerate “buone pratiche” trasferibili.
- Promozione del modello formativo a cascata, sperimentato nel precedente piano, all’interno del progetto “Scegliere la Strada della Sicurezza” e attivazione di interventi locali di sensibilizzazione e informazione rivolti ai “moltiplicatori dell’azione preventiva” individuati nei propri territori (Polizia locale, stradale, tecnici della Motorizzazione DTT, autoscuole, volontari, gestori di locali, animatori oratori e scout, ecc.).
- Sviluppo di nuove collaborazioni su progetti già in atto (ad esempio con il progetto CCM Guadagnare Salute Adolescenti).
- Valutazione del processo e impatto delle iniziative di promozione/prevenzione realizzate all’interno del piano.

Attivare interventi locali di sensibilizzazione e informazione rivolti ai “moltiplicatori dell’azione preventiva”

Contrasto dei comportamenti connessi all’uso di sostanze psicoattive durante la guida

Tra le principali problematiche connesse al fenomeno dell’incidentalità stradale, è di particolare rilievo l’elevata percentuale di sinistri imputabile a comportamenti di guida scorretti¹⁰ (come la guida sotto effetto di sostanze psicoattive: alcol, droghe e farmaci). Di particolare interesse, oltre alle sostanze stupefacenti, è il meno indagato rischio connesso all’uso di diversi farmaci, potenzialmente pericolosi per la guida attraverso la loro azione diretta a livello del sistema nervoso centrale (ad esempio benzodiazepine, antidepressivi, barbiturici, ecc.) e/o per un’azione indiretta (ipoglicemizzanti, antipertensivi, ecc.). Una corretta informazione sulle criticità potenziali e i rischi in merito alla compromissione della capacità di guida da parte di diversi farmaci non può non inserirsi nel contesto medico, ma va allargata necessariamente ad altri soggetti (scuola, autoscuole, farmacie ecc.).

I molteplici interventi da pianificare non possono inoltre prescindere dalle attività di controllo e repressione, nella consapevolezza che è proprio l’aumento della probabilità di essere sorpresi a commettere una violazione del Codice della Strada (CdS) – e non il mero inasprimento della relativa sanzione – a fungere da maggiore deterrente per i trasgressori¹¹.

¹⁰ *Indagine conoscitiva sulla sicurezza nella circolazione stradale* della IX Commissione Permanente Trasporti, poste e telecomunicazioni (2008).

¹¹ Dal 1992 ad oggi, il CdS è stato rimaneggiato numerose volte – così come gli specifici articoli (artt. 186 e 187) in tema di reati connessi alla guida sotto effetto di sostanze psicoattive – attraverso una progressiva e rapida successione di norme che evidenzia quanto sia sentita, anche a livello politico-legislativo, la necessità di riformare il CdS – specie in riferimento ai comportamenti ritenuti pericolosi – e di inasprire le relative sanzioni. Se tale intrico legislativo rende problematica l’applicazione delle norme agli stessi addetti ai lavori (organi di Polizia stradale, Autorità giudiziaria), è facilmente intuibile quali possano essere le ricadute, in termini di criticità interpretative e applicative, sul personale sanitario a cui la normativa attribuisce compiti precisi in merito all’accertamento dei reati di cui agli artt. 186 e 187 CdS.

Migliorare l’efficacia degli interventi di contrasto dei comportamenti legati all’uso di sostanze psicoattive alla guida mediante la sperimentazione di linee di indirizzo

È quindi necessario adottare “linee di indirizzo” che migliorino la qualità degli interventi sia attraverso una riduzione della disomogeneità operativa, sia implementando il livello di integrazione tra i soggetti coinvolti alla ricerca delle sinergie indispensabili per investire al meglio le diverse professionalità e competenze con indiscusse ricadute a vari livelli (etici, sanitari, sociali, amministrativi e giudiziari). In tal senso la Regione Piemonte nell’ambito di questo Piano intende avviare una sperimentazione.

Azioni

- Organizzazione di incontri di informazione/formazione per i principali soggetti coinvolti (scuole, autoscuole, farmacisti, sanitari, organi di Polizia, ecc.).
- Organizzazione di incontri specialistici di approfondimento per alcune categorie di soggetti direttamente coinvolti nell’applicazione della normativa in merito agli accertamenti sanitari di cui agli artt. 186 e 187 CdS.
- Realizzazione di materiale informativo e didattico, sia in ambito divulgativo sia in ambito tecnico-scientifico, ad uso di cittadini e operatori.
- Definizione, a livello regionale, di una rete di collaborazioni interistituzionali (organi di Polizia, Autorità giudiziaria, ASL, CRI, Prefettura, ecc.) che permetta la costruzione delle sinergie necessarie per migliorare l’efficacia degli interventi.
- Definizione e stesura di linee di indirizzo regionali in merito all’applicazione degli artt. 186 e 187 CdS con particolare riferimento agli adempimenti di carattere sanitario, comprensivi dell’attività di supporto agli organi di Polizia.

Interventi di comunicazione

Il nuovo Piano di Prevenzione Incidenti stradali, in continuum con i precedenti programmi, include gli interventi di comunicazione finalizzandoli ai seguenti obiettivi: valorizzazione degli indirizzi strategici in tema di sicurezza stradale e comunicazione ai media e ai decisori dei programmi di attività (*marketing degli interventi*); comunicazione efficace tra gli attori interni ed esterni coinvolti/coinvolgibili nelle diverse linee di attività; comunicazione efficace con i destinatari.

Azioni

- Aggiornamento continuo della ricognizione di progetti/interventi/esperienze sul tema.
- Individuazione, tra interventi/esperienze della ricognizione, di progetti rispondenti a criteri di buona pratica.
- Aggiornamento continuo delle prove di efficacia degli interventi sul tema incidenti stradali, dell’attività di disseminazione e di sintesi di studi e revisioni di letteratura.
- Comunicazione delle iniziative di promozione della sicurezza stradale avviate e dell’intero percorso del nuovo Piano mediante la presentazione di vari contributi a convegni, seminari, workshop regionali, nazionali, internazionali.
- Redazione di un programma di comunicazione del nuovo Piano per promuovere la realizzazione di campagne informative rivolte alla popolazione e per rinforzare gli interventi previsti.
- Redazione di piani di comunicazione per i progetti in atto al fine di dare visibilità alle azioni realizzate nei contesti territoriali e creare consenso nelle diverse comunità locali rispetto alla diffusione di una cultura della guida sicura.

Interventi di supporto

La programmazione regionale su questa tematica deve fondarsi necessariamente su una preventiva integrazione tra i diversi Settori regionali della Direzione Sanità (quali il Settore Promozione della salute e interventi di prevenzione individuale e collettiva, Settore Assistenza sanitaria territoriale) e i Settori esterni ad essa (ad esempio Trasporti, Ambiente, Direzione Comunicazione Istituzionale, Istruzione, Commercio, Polizia Locale ecc.).

Il Coordinamento operativo regionale della prevenzione e le Direzioni Integrate della Prevenzione pertanto supporteranno i Settori regionali e poi i Servizi territoriali affinché sia a livello regionale che a livello di ASL venga attuata una programmazione “tematica” integrata, con chiari obiettivi comuni e in cui il contributo delle diverse discipline sia definito. A livello di ASL, la programmazione delle azioni di sorveglianza e di prevenzione sarà supportata dalla Direzione Integrata della Prevenzione di riferimento, che svolge un ruolo di sostegno e predilige l'utilizzo di strumenti validati da prove di efficacia. I dati dell'analisi organizzativa già condotta presso le ASL, e quelli risultanti dalla fase di ricognizione condotta dai Direttori della Prevenzione nei rispettivi territori di competenza, saranno utilizzati per costruire modelli e “carichi di lavoro” su cui sollecitare l'adeguamento in sede locale sia per quanto riguarda la pianificazione delle attività e l'organizzazione del lavoro sia gli organici.

Monitoraggio

Il monitoraggio può avvalersi dei risultati dei sistemi di sorveglianza; in particolare il sistema di sorveglianza integrata degli incidenti stradali può consentire la costruzione di indicatori attraverso i quali monitorare l'andamento dell'incidentalità stradale e delle sue conseguenze anche in relazione all'impatto di specifici interventi di promozione della sicurezza stradale attuati.

Il Piano Prevenzione Incidenti Stradali sarà pertanto sottoposto a monitoraggio annuale attraverso l'implementazione di indicatori che descrivono e misurano gli aspetti organizzativi, le alleanze costruite nei territori, le attività di sorveglianza, prevenzione e comunicazione avviate e/o consolidate, gli interventi di formazione realizzati.

Obiettivo generale di salute		
Prevenzione degli incidenti stradali		
Azioni	Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
<p>Sviluppo e miglioramento della qualità dei flussi informativi</p> <p>Valorizzazione dei flussi informativi correnti sugli “infortuni sul lavoro” relativi agli eventi occorsi nella forma di incidente stradale</p> <p>Stima dei costi sanitari e sociali connessi all’incidentalità stradale</p> <p>Analisi di fattibilità della valorizzazione di nuovi flussi informativi stradale</p>	<p>Consolidamento delle collaborazioni già avviate con: Centro Regionale di Monitoraggio per la Sicurezza Stradale - Assessorato Trasporti della Regione Piemonte; Sistema Regionale Emergenza 118; Osservatorio Incidentalità Provincia di Torino; Settore Statistico Regionale; INAIL; CSI Piemonte; Dipartimento Politiche Pubbliche - Università Piemonte Orientale; Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO; Strutture di Epidemiologia locale e Rete dei Referenti tecnici ASL Piemonte; Agenzia Regionale Sanità Toscana; ASP Lazio; Istituto Superiore di Sanità</p> <p>Redazione di report regionali o provinciali con presentazione dati di sorveglianza e immagini descrittive del fenomeno incidentalità stradale</p> <p>Formazione degli operatori ASL per accompagnamento metodologico alla “lettura dati di sorveglianza” propedeutica all’organizzazione di incontri a livello locale</p>	<p>Conferma formalizzazione referente tecnico PPA Incidenti stradali e consolidamento del gruppo di lavoro Prevenzione Incidenti Stradali aziendale (o interaziendale/di quadrante per i gruppi istituiti)</p> <p>interdisciplinare, interservizi e interdipartimentale per il coordinamento e la realizzazione di azioni di sorveglianza e prevenzione a livello locale con il supporto della Direzione Integrata della Prevenzione</p> <p>Organizzazione, con il supporto della Direzione Integrata della Prevenzione, di incontri a livello locale con decisori e/o tecnici di enti locali e/o cittadini competenti e/o altri soggetti per condivisione dati di sorveglianza disponibili sul tema incidentalità stradale</p>
<p>Consolidamento di progetti in atto non diffusi in modo uniforme con verifica dell’applicazione di criteri indicati dalla letteratura e della metodologia di lavoro multidisciplinare, integrata e di rete</p> <p>Attivazione di nuovi interventi con coinvolgimento degli stakeholders interessati, su “guida responsabile e sicurezza stradale”</p> <p>Promozione del modello formativo a cascata e attivazione di interventi locali di sensibilizzazione e informazione rivolti ai “moltiplicatori dell’azione preventiva” individuati nei propri territori</p> <p>Valutazione del processo e impatto delle iniziative di promozione/prevenzione realizzate</p>	<p>Rafforzamento del gruppo di coordinamento regionale PPA Incidenti stradali intersettoriale/multidisciplinare e integrazione con altri tavoli di lavoro esistenti</p> <p>Organizzazione di incontri/seminari/workshop per scambio/interscambio di esperienze con operatori anche di altre regioni che hanno sperimentato modalità efficaci di intervento considerate buone pratiche trasferibili</p> <p>Attivazione di un laboratorio regionale con gruppi di assistenza alla progettazione e/valutazione per accompagnamento metodologico finalizzato al consolidamento dei progetti in atto e alla programmazione di nuovi interventi di tipo comunicativo-formativo-informativo col coinvolgimento degli stakeholders interessati, su “guida responsabile e la sicurezza stradale”</p> <p>Promozione del Piano e delle azioni presso tutti i soggetti coinvolti nella prevenzione degli incidenti stradali</p> <p>Diffusione dei risultati delle attività di progettazione del piano</p>	<p>Conferma/consolidamento del gruppo di lavoro prevenzione incidenti stradali aziendale (o interaziendale/di quadrante per i gruppi già istituiti)</p> <p>interdisciplinare, interservizi per il coordinamento e la realizzazione di azioni di sorveglianza e prevenzione a livello locale, con il supporto della Direzione Integrata della Prevenzione</p> <p>Organizzazione, con il supporto della Direzione Integrata della Prevenzione, di incontri/seminari locali di confronto tra operatori sanitari e non impegnati in progetti e interventi locali con particolare attenzione ai territori non raggiunti con il precedente Piano</p> <p>Consolidamento a livello locale e con il supporto della Direzione Integrata della Prevenzione dei progetti in atto</p> <p>Attivazione, a livello locale e con il supporto della Direzione Integrata della Prevenzione, di nuovi interventi di tipo</p>

		comunicativo-formativo-informativo caratterizzati da sviluppo di sinergie tra gli enti istituzionali preposti, il privato sociale e cittadini competenti, col coinvolgimento degli <i>stakeholders</i> interessati, su “guida responsabile e la sicurezza stradale”
Definizione di una rete di collaborazioni interistituzionali per migliorare l'efficacia degli interventi di contrasto dei comportamenti legati all'uso di sostanze psicoattive alla guida (accertamenti ai sensi degli artt. 186 e 187 CdS) Linee di indirizzo regionali in merito all'applicazione artt. 186 e 187 CdS con riferimento agli adempimenti di carattere sanitario, comprensivi di attività di supporto agli organi di Polizia	Individuazione di un gruppo regionale interdisciplinare di professionisti, con competenze specifiche in materia, per approfondire gli aspetti normativi/giurisprudenziali, etici, clinici e medico-legali, necessari per la stesura delle linee di indirizzo Organizzazione di incontri di informazione/formazione per i principali soggetti coinvolti (scuole, autoscuole, farmacisti, sanitari, organi di Polizia, ecc.) Organizzazione di incontri specialistici di approfondimento per alcune categorie di soggetti direttamente coinvolti nell'applicazione della normativa in merito agli accertamenti sanitari di cui agli artt. 186 e 187 CdS Realizzazione di materiale informativo e didattico, sia in ambito divulgativo sia in ambito tecnico-scientifico, ad uso di cittadini e operatori	Individuazione di alcune ASL della Regione Piemonte per avvio sperimentazione delle linee di indirizzo, e diffusione di un modello culturale e metodologico multiprofessionale e multidimensionale Attivazione, con il supporto della Direzione Integrata della Prevenzione, della sperimentazione delle linee di indirizzo in merito all'applicazione degli artt. 186 e 187 CdS con particolare riferimento agli adempimenti di carattere sanitario, comprensivi dell'attività di supporto agli organi di Polizia
Aggiornamento ricognizione esperienze sul tema Individuazione di progetti rispondenti a criteri di buona pratica Aggiornamento prove di efficacia, attività di disseminazione/sintesi studi e revisioni di letteratura Redazione di piano di comunicazione per promuovere la realizzazione di campagne informative rivolte alla popolazione e rinforzare gli interventi previsti Comunicazione alla popolazione piemontese dei risultati raggiunti e delle prospettive future	Organizzazione di incontri di lavoro per accompagnamento metodologico per aggiornamento del censimento esperienze Pubblicazione di almeno un articolo al mese sulla Newsletter elettronica DoRS Aggiornamento mensile di una delle sezioni attivate sull'area focus Incidenti stradali del sito DoRS Comunicazione delle iniziative di promozione sicurezza stradale avviate e dell'intero percorso del nuovo Piano mediante la presentazione di vari contributi a convegni, seminari, workshop Supporto e consulenza per la redazione di piani di comunicazione per i progetti e/o altre iniziative in atto che diano visibilità alle azioni realizzate nei contesti territoriali e creino consenso nelle diverse comunità locali rispetto alla diffusione di una cultura della guida sicura	Organizzazione, con il supporto della Direzione Integrata della Prevenzione, di incontri locali per ricognizione di esperienze/interventi condotti dalle diverse agenzie presenti sul territorio Segnalazione esperienze e iniziative avviate a livello territoriale Redazione di piani di comunicazione per i progetti in atto al fine di dare visibilità alle azioni realizzate nei contesti territoriali e creare consenso nelle diverse comunità locali rispetto alla diffusione di una “cultura della guida sicura”

Bibliografia

- Banca Dati ProSA. <http://www.dors.it/prosa/prosa.php>
- BDM - Banca Dati Mortalità. *La mortalità a livello comunale in Piemonte*. 2004.
- De Santi A, Casella P, Penna L (a cura di). *Prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole. Documento di indirizzo*. Rapporti ISTISAN 4/22 pt. 1, 2004.
- De Santi A, Casella P, Penna L (a cura di) *Prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole. Manuale operativo per insegnanti e istruttori*. Rapporti ISTISAN 4/22 pt. 2, 2004.
- EP/GR 123. *Flussi informativi utili per la descrizione e l'analisi degli incidenti stradali. La situazione in Regione Piemonte*. Stampato in aprile 2007
- EP/GR 126. *Contenuto delle fonti informative per la descrizione e l'analisi degli incidenti stradali. La situazione in Regione Piemonte*. Stampato nel mese di luglio 2008.
- Epicentro. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/stradale/stradale.htm>
- ISTAT. *Statistica degli incidenti stradali*. 2007.
- Mayhew DR, Simpson HM, Williams AF, Ferguson SA. Effectiveness and Role of Driver Education and Training in a Graduated Licensing System. *J Public Health Policy* 1998; 19(1): 51-67.
- Mayhew DR, Simpson HM. The safety value of driver education and training. *Injury Prevention* 2002; 8 (Suppl. II):113-118.
- Taggi F *et al.* *Aspetti sanitari della sicurezza stradale*. Secondo rapporto sul progetto Datis, 2003. Aspetti generali e dati di base. <http://www.iss.it/stra/publ/cont.php?id=66&lang=1&tipo=4>
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to reduce injuries to motor vehicle occupants. *American journal of preventive medicine* 2001; 21 (4s): 16-22.
- The World Health Organization (WHO). http://www.wpro.who.int/media_centre/press_releases/pr_20070420.htm
- Vernick S *et al.* Effects of high school driver education on motor vehicle crashes, violations, and licensure. *Am J Prev Med* 1999: 40-46.

9. Screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto

Elementi di responsabilità sociale

Gli obiettivi enunciati consentiranno di:

- ridurre ulteriormente la incidenza (già molto bassa) di tumori invasivi della cervice uterina e di azzerare la mortalità per questa causa;
- ridurre ulteriormente la mortalità per tumori maligni della mammella femminile;
- ridurre l'incidenza e la mortalità per tumori del colon-retto.

Elementi di novità

- Introduzione di nuove strategie e tecniche di screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto.
- Copertura regionale e intensa integrazione organizzativa multidisciplinare in tutte le fasi del programma.
- Forte integrazione delle attività di ricerca e sviluppo (in gran parte multicentrica e internazionale) entro il disegno organizzativo del programma: ciò rafforza gli aspetti intrinseci di qualità e assegna alla regione vantaggi (culturali, organizzativi, temporali) nell'aggiornamento dell'offerta del servizio alle migliori evidenze scientifiche disponibili.

Strumenti di governo

- Definizione di un programma generale per l'intera regione e per i tre specifici screening (cervice uterina, mammella, colon-retto).
- Coordinamento organizzativo e tecnico di livello regionale.
- Organizzazione periferica omogenea attraverso istituzione e attivazione dei Dipartimenti Interaziendali di Prevenzione Secondaria dei Tumori a livello delle Aziende locali.
- Multidisciplinarietà garantita sia a livello regionale sia a quello locale.

Monitoraggio e valutazione

Le valutazioni, che poggiano sui dati prodotti dal sistema informativo del programma di screening, su quelli prodotti dal Registro Tumori Piemonte e dalla conduzione di studi *ad hoc*, consistono di:

- monitoraggio degli indicatori di processo;
- osservazione regolare degli andamenti dell'incidenza e della mortalità per tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto; osservazione del *down-staging* dei tumori della mammella e del colon-retto a livello di popolazione; osservazione della coerenza degli andamenti temporali dei dati di sopravvivenza; conduzione di studi di *record linkage* tra i sistemi informativi del programma di screening e il Registro Tumori.

Dimensione epidemiologica

Le tre neoplasie per le quali vi è evidenza di efficacia dello screening sono il tumore della mammella (mediante mammografia), quello della cervice uterina (mediante diagnosi citologica e nuovi marcatori biologici), e quello del colon-retto (mediante ricerca del sangue occulto, endoscopia, o loro combinazioni).

Il tumore della mammella continua a essere la neoplasia più frequente nel sesso femminile in tutti i paesi tradizionalmente industrializzati (e si avvia a diventare tale anche in Asia e Sud America), con una incidenza generalmente ancora in crescita (ampiamente sopra i 100 casi annui per 100.000 donne, anche in termini di tasso

standardizzato per età), e solo in qualche caso già tendente alla stabilizzazione (nella popolazione bianca americana per esempio; singole osservazioni in questo senso sono disponibili anche in regioni europee, fra queste a Torino). La mortalità è invece in declino pressoché ovunque nei paesi economicamente più avvantaggiati, e la diagnosi precoce è riconosciuta come uno dei fattori di questo declino. Assieme a una diminuzione della mortalità, e per effetto di essa, si osserva una tendenza al miglioramento della sopravvivenza dei casi diagnosticati, con proporzioni di sopravvissuti a 5 anni superiori all'80% (in USA ed Europa, e anche in Italia e a Torino).

Il tumore della cervice uterina, che fino a 4 decenni or sono era fra i più frequenti nella donna e comportava una elevata mortalità, ha visto l'incidenza diminuire molto marcatamente e la mortalità quasi azzerarsi: questo importante risultato è dovuto alla diffusione dello screening e costituisce una delle prove più nette della efficacia di esso. A titolo di esempio, a Torino l'incidenza è dimezzata tra il 1985 e il 2005, e presenta oggi un tasso di incidenza (standardizzato per età) di 5,8 casi annui per 100.000 donne (il tasso grezzo osservato è di poco superiore).

I tumori del colon e del retto, considerati insieme, costituiscono in molte popolazioni occidentali e in entrambi i sessi il secondo più frequente tumore, sia per incidenza sia per mortalità. In diverse aree, e fra queste a Torino, si osservano iniziali tendenze alla stabilizzazione o riduzione della mortalità.

Dati di dettaglio, di incidenza, sopravvivenza, mortalità e prevalenza relativi a questi tumori si trovano sul sito del Centro di Prevenzione Oncologica (CPO)¹, dell'Associazione Italiana Registri Tumori² e dello IARC (sezione Epidemiological databases)³.

Descrizione organizzativa in termini di competenze, programmi, eccellenze e criticità

Evoluzione dei programmi di screening e della loro copertura in Piemonte

L'efficacia della prevenzione oncologica attraverso i programmi di screening è ben documentata per quanto riguarda i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto.

Per il tumore della prostata invece, per il quale si è assistito a una larga diffusione della pratica del test PSA con intento di diagnosi precoce, non è stata raggiunta dai *trials* l'evidenza di un accettabile bilancio tra riduzione della mortalità e peso degli effetti indesiderati: in proposito, le recenti linee guida della Regione Piemonte, curate dalla Commissione Oncologica e dal CPO, escludono l'avvio di programmi di screening ed esprimono raccomandazioni di cautela circa la pratica individuale del test.

A livello nazionale i tre screening di provata efficacia sono inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza ed è attivo da tempo un Osservatorio Nazionale Screening⁴ nell'ambito delle attività del Centro Nazionale di Controllo delle Malattie.

I programmi di screening sono attivi in Piemonte da lunga data. Questa Regione è stata tra le prime in Italia ad avviarli. A Torino il primo programma pilota per lo screening dei tumori femminili data dal 1992. Nel 1996 la Regione Piemonte, in considerazione dei buoni risultati del programma, ne ha promosso l'estensione a tutto il territorio regionale. Nel 2003, sulla base dei risultati dello studio pilota

Migliorare le performance del programma raggiungendo e mantenendo la copertura ottimale

¹ <http://www.cpo.it>

² <http://www.registri-tumori.it>

³ <http://www.iarc.fr>

⁴ <http://www.osservatorionazionale screening.it>

condotto a Torino e a Biella, è stata decisa l'attivazione del programma di screening dei tumori coloretali che è stato gradualmente esteso a tutto il territorio regionale. Nel 2006 è stata rimodulata l'organizzazione dei programmi di screening.

Poiché i programmi di screening istituzionali vantano la disponibilità di un percorso diagnostico e terapeutico organizzato e ben definito, essi consentono un controllo costante delle attività, sia a livello locale che complessivo, e possono quindi offrire alla popolazione un sistema ben collaudato per la prevenzione oncologica.

Uno degli obiettivi principali dei programmi è quello di migliorare le proprie performance, attraverso il raggiungimento della copertura ottimale, laddove non sia stata ancora raggiunta, e il suo mantenimento. Altro obiettivo è incrementare la partecipazione al programma recuperando ad esso le persone che impropriamente vengono indirizzate per motivi di prevenzione verso altri canali.

I dati di copertura (inviti/popolazione obiettivo) per il 2008 sono i seguenti: cervice uterina 97%; mammella: 71%; colon-retto con metodo FOBT (ricerca del sangue occulto nelle feci) 59-69enni 28%; colon-retto con metodo FS (sigmoidoscopia flessibile) in 58enni e FOBT in alternativa: 37%.

I dati di partecipazione (aderenti al primo livello/invitati) per il 2008 sono i seguenti: cervice uterina: 44%; mammella: 64%; colon-retto con metodo FOBT 59-69enni: 29%; colon-retto FS 58enni e FOBT in alternativa: 33%.

I principali numeri dello screening rivelano che nel 2008, in Piemonte, sono state invitate a effettuare una mammografia di screening 204.000 donne di età 50-69, delle quali il 64% ha aderito all'invito. Le donne invitate rappresentano il 71% della popolazione bersaglio annuale. Le mammografie di screening effettuate nell'intera Regione sono state poco meno di 140.000, circa 128.000 delle quali tra le donne di età 50-69. Il 6,2% delle donne che hanno effettuato un primo test di screening e il 3,6% delle donne che hanno effettuato un test successivo al primo sono state richiamate per approfondimenti. Questi valori rispettano i parametri suggeriti dalle linee guida europee sullo screening.

Lo screening per il tumore della mammella consente di anticipare notevolmente la diagnosi. La proporzione di tumori di piccole dimensioni è più elevata tra i casi di donne aderenti allo screening che tra i casi emersi al di fuori di esso.

Ogni anno in Piemonte circa 800 tumori della mammella vengono intercettati nella loro crescita dal programma di screening mammografico. Si può stimare che questo livello di attività corrisponda a risparmiare circa 100 decessi all'anno per cancro della mammella.

Per quanto riguarda lo screening per il cervicocarcinoma sono da invitare annualmente in Piemonte 410.000 donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni. 396.000 sono state complessivamente le donne invitate nel 2008. Il 44% ha partecipato allo screening. A una donna ogni 50, tra quelle che fanno il Pap Test, capita di essere richiamata per gli accertamenti colposcopici. Sono circa 800 le forme precancerose CIN1+ che lo screening cervicale individua annualmente nella popolazione piemontese. Infatti è noto che il programma di prevenzione del tumore del collo dell'utero è in grado di ridurre l'incidenza, cioè di evitare l'insorgenza del tumore intervenendo sulle forme precancerose.

Infine, per quanto riguarda lo screening dei tumori coloretali, si stima che in Piemonte, nell'arco di 10 anni, sarà possibile, utilizzando la sigmoidoscopia come test di screening, prevenire fino a 1150 nuovi casi di tumore e a evitare 633 morti. La copertura con FOBT dei soggetti di 59-69 anni permette di evitare altri 284 decessi e di prevenire ulteriori 188 casi di tumore invasivo. Queste stime sono basate sull'attuale livello di partecipazione che si colloca intorno al 30%. Un incremento della partecipazione allo screening si tradurrebbe in un parallelo aumento dell'impatto vantaggioso su incidenza e mortalità.

Competenze, programmi, eccellenze, criticità

Il programma istituzionale “Prevenzione Serena” è organizzato su base dipartimentale. L’organizzazione dei Dipartimenti Interaziendali di Prevenzione Secondaria dei Tumori (DIPST)⁵ è sintetizzata nel capitolo 2, al paragrafo 2.3.

Al Direttore del Dipartimento è attribuito il mandato della realizzazione del programma di screening. Per questo si avvale delle strutture semplici o complesse afferenti al Dipartimento, come l’Unità di Valutazione e Organizzazione dello Screening (UVOS), le strutture eroganti le mammografie o i Pap Test, i laboratori per la refertazione dei citologici, i centri eroganti le retto-sigmoidoscopie ecc. Il Direttore del DIPST concorda con i Direttori delle ASL/ASO i volumi di attività.

Per la realizzazione locale il Direttore si avvale del comitato tecnico-scientifico, composto dai Responsabili delle strutture organizzative afferenti al Dipartimento.

Sono previsti anche protocolli per i tre screening istituzionali che definiscono le modalità operative comuni nei vari Dipartimenti.

I programmi di screening funzionano basandosi principalmente sull’invito attivo, cioè con lettera a firma del medico di medicina generale. L’archivio su cui si basa il programma di screening è un archivio informatico di assistibili (Base Assistibili Regionale) che le ASL periodicamente alimentano attraverso il meccanismo di scelta e revoca del MMG.

Il programma di screening è basato su round individuale. Questo significa che ogni persona ha una situazione definita e che si viene selezionati per l’invito quando sia trascorso il periodo previsto. Il programma provvede automaticamente a invitare le persone per le quali è maturato l’intervallo. Si può accedere spontaneamente a condizione che il periodismo stabilito sia rispettato.

I programmi di screening piemontesi⁶ ottemperano alle raccomandazioni nazionali e internazionali⁷.

I rispettivi intervalli sono:

- mammella 45-49 mammografia ogni anno (solo per accesso spontaneo);
- mammella 50-69 mammografia ogni due anni (invito attivo o accesso spontaneo);
- mammella 70-75 mammografia ogni due anni (solo per accesso spontaneo);
- cervice uterina 25-64 Pap Test ogni tre anni (invito attivo o accesso spontaneo);
- cervice uterina 65-75 Pap Test per le donne che non abbiano eseguito dopo i 50 anni almeno due test (solo accesso spontaneo);
- colon-retto: rettosigmoidoscopia (FS) a 58 anni (uomini e donne) o possibilità di sottoporsi al test ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT) ogni 2 anni per chi declina l’invito alla FS;
- colon-retto: ricerca del sangue occulto nelle feci (uomini e donne non invitati nel programma con FS) nella classe di età 59-69.

Elementi di eccellenza

I punti di forza del programma sono essenzialmente determinati dalla presenza di un solida rete organizzativa che consente una forte multidisciplinarietà.

Intensa
integrazione
organizzativa
multidisciplinare
in tutte le fasi del
programma

⁵ Istituiti con DGR n. 111-3632 del 2/08/2006.

⁶ DGR n. 111-3632 del 2/08/2006.

⁷ Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione. *Raccomandazioni per la pianificazione e l’esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*. Novembre 2006. Raccomandazione del Consiglio dell’UE del 2 dicembre 2003 sullo screening dei tumori (2003/878/CE) GUE 16/12/2003.

Il CPO ha una struttura interamente dedicata, la quale coordina e organizza il percorso formativo di tutti gli operatori dello screening regionale. La formazione prevede corsi di base, specialistici, pratici.

Esso include al suo interno il Registro Tumori Piemonte, che consente di disporre dei dati necessari per le valutazioni di processo e di risultato.

Vengono inoltre realizzati workshop monotematici di approfondimento: questi sono eventi formativi in cui vengono presentati e discussi i risultati ogni anno ottenuti sulla base degli indicatori regionali in ambito di screening.

L'impianto organizzativo strutturato consente la rilevazione di indicatori di processo e di indicatori precoci (o surrogati) di impatto, quali copertura, partecipazione, casi intervallo, evoluzione nella distribuzione degli stadi, e questo costituisce un altro fattore di solidità organizzativa essendo lo strumento che permette di rilevare eventuali criticità evidenziando la distanza da standard definiti.

Alle attività di assicurazione di qualità (*quality assurance*: QA) e di formazione, impostate anche a partire dalla rilevazione degli indicatori citati, contribuisce significativamente il Centro di Riferimento Regionale per lo Screening Mammografico (CRR) afferente al CPO Piemonte, offrendo ogni anno corsi teorico-pratici per gli operatori di screening (medici e tecnici), oltre a contribuire ai workshop monotematici di approfondimento.

Sono previsti anche alcuni indicatori organizzativi come ad esempio l'intervallo necessario per le refertazioni di primo e secondo livello.

Per la mammografia è stato sviluppato un apposito programma denominato SQTM che permette di rilevare indicatori di qualità tecnica a livello delle diverse fasi diagnostiche e terapeutiche e che rappresenta uno standard a livello europeo.

Buona parte degli indicatori sono previsti non solo da normativa regionale ma anche a livello nazionale e internazionale.

Il monitoraggio della qualità avviene a vari livelli, in modo quantificabile e comparabile. L'identificazione di centri ad elevato volume di attività consente sia l'ottimizzazione delle risorse, sia la possibilità di incrementare la professionalità e la capacità tecnica degli operatori, rendendo possibili controlli di qualità strutturati e standardizzati a livello di laboratorio, nel caso dello screening cervicale.

Elementi di criticità

Le diverse criticità sono soprattutto riconducibili all'attivazione completa dei programmi di screening nei DIPST e al consolidamento delle strutture e dei servizi coinvolti, in particolare per quanto riguarda il programma del colon-retto, che tuttavia va ricordato è un programma decisamente più giovane degli altri.

Azioni di contrasto alle disuguaglianze

Alla base del sistema screening vi sono anche aspetti di valore sociale che richiamano i principi universalistici del sistema sanitario del Paese. Lo screening è infatti rivolto ai cittadini residenti, o domiciliati, con scelta del medico di medicina generale. Lo screening istituzionale apre quindi un canale diretto specifico per la prevenzione con il cittadino e inverte la direzionalità dell'offerta attraverso il meccanismo dell'offerta attiva, rivolta quindi a tutti i cittadini, secondo protocolli standard.

Questo aspetto, per sé, tende a garantire l'equità nell'accessibilità ai servizi di prevenzione. Diseguaglianze residue si sono evidenziate in passato. I cittadini di origine straniera hanno minori probabilità di cogliere l'opportunità di sottoporsi a screening e sono probabilmente quelli più esposti al rischio di ammalarsi, nel caso

La qualità e l'efficacia dei programmi di screening sono monitorate attraverso indicatori organizzativi, di processo e di qualità tecnica

del tumore del collo dell'utero. Nel caso dell'infezione da HPV sono in gioco aspetti legati alla prevalenza del virus nei paesi d'origine.

A livello di sanità pubblica è quindi necessario proteggere l'intera popolazione presente. Al fine di ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening e migliorare la qualità della comunicazione con alcuni sottogruppi specifici di popolazione, in questi anni il CPO ha intrapreso azioni di sensibilizzazione rivolte alle donne straniere, siano esse residenti sul territorio piemontese o siano temporaneamente presenti. Il CPO in quest'ambito ha prodotto in passato un progetto di realizzazione di opuscoli redatti nei principali idiomi comprensibili agli stranieri in Italia, onde incrementare il livello partecipazione.

Il Registro Tumori sta compiendo analisi volte a stimare il rischio di tumori nella frazioni di popolazione immigrata, e la modificazione di questo rischio in rapporto a quello dei paesi di provenienza.

Inoltre, al fine di offrire anche alle donne straniere temporaneamente presenti la possibilità di effettuare un Pap Test all'interno di un programma di screening organizzato dotato di sistemi collaudati di controllo, a Torino è stato allestito un apposito centro di prelievo presso l'ambulatorio IST (Infezioni Sessualmente Trasmesse) dell'Ospedale Amedeo di Savoia dedicato all'effettuazione dei Pap Test principalmente alle donne straniere temporaneamente presenti.

Obiettivi generali di salute, linee strategiche e interventi di supporto

Raggiungere la piena operatività dei Dipartimenti di Screening

Lo screening ha come principale obiettivo la riduzione della mortalità, e, ove possibile, dell'incidenza dei tumori che ne fanno oggetto. Questi obiettivi devono essere misurabili. Il supporto e la collaborazione del Registro Tumori sono di particolare importanza per la fornitura di dati per le valutazioni di processo e di risultato.

Per raggiungere questi obiettivi lo screening ha il mandato di completare e di mantenere i livelli di copertura da invito (inviti/popolazione obiettivo per anno). Ne deriva che in molti casi l'attività di screening dovrà essere potenziata anche da un punto di vista quantitativo. In linea di massima questo può avvenire ri-orientando nei servizi le risorse di strutture e personale ed evitando aree di inappropriata prescrizione.

Lo screening istituzionale Prevenzione Serena ambisce a rappresentare il canale preferenziale per la prevenzione, come peraltro già stabilito nella normativa regionale. La piena attuazione della DGR 111-3632 del 2/08/2006 nei Dipartimenti di Screening rappresenta un punto fondamentale per consolidare l'assetto organizzativo del programma istituzionale che non può più essere considerato attività residuale o accessoria nell'ambito dei servizi territoriali o ospedalieri ma attività strutturata e organizzata di prevenzione attiva.

L'attuazione della normativa regionale permetterà di contribuire in modo efficace alla riduzione delle liste di attesa per la diagnostica ambulatoriale, sgravando la specialistica ambulatoriale del carico di lavoro originato da prescrizioni per test di prevenzione.

Dovranno essere completate le attivazioni, oltre che dei DIPST, anche dei Centri di lettura ad elevato volume di attività, sia per lo screening cervicale che mammografico.

Negli ultimi anni vi sono state non indifferenti evoluzioni tecnologiche delle quali lo screening dovrà tener conto: la diffusione dell'utilizzo del test per l'HPV e della relativa vaccinazione, il diffondersi della mammografia con tecnologia digitale (su cui è attivo un progetto specifico per lo sviluppo omogeneo regionale nei programmi di screening) e la possibilità che ne deriva di teleconsultazione interdipartimentale.

Introduzione di nuove tecnologie per lo screening dei tumori

A tal proposito va ricordato che il CPO ha previsto l'avvio di un progetto pilota per l'utilizzo del test HPV come test primario di screening che rappresenta la naturale conseguenza del precedente studio multicentrico NTCC (Nuove Tecnologie per il CervicoCarcinoma) in cui le donne torinesi saranno assegnate in modo randomizzato al gruppo per l'effettuazione del test HPV oppure al gruppo del Pap Test convenzionale. Contestualmente proseguirà l'adozione del test HPV come test di *triage* per i casi *borderline* alla citologia in altri Dipartimenti (Novara).

Verranno continuate le attività routinarie di monitoraggio degli indicatori, le attività correlate al miglioramento e all'integrazione dei sistemi informativi (gestionale e *data warehouse*) e le attività formative. Dovranno essere resi operativi e attivi i Centri di Riferimento regionale per la Qualità (CRR) per gli screening della cervice e del colon-retto, mentre dovrà essere mantenuta e consolidata l'attività già menzionata del CRR per lo screening mammografico.

Obiettivo generale di salute

Diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto mediante programmi di screening

Azioni	Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
Riduzione della mortalità per tumori della mammella Riduzione dell'incidenza e della mortalità per tumori del colon-retto Riduzione dell'incidenza e della mortalità per tumori della cervice uterina	Raggiungimento della piena operatività dei Dipartimenti di Screening Elaborazione e diffusione di report sulle performance del programma di screening Valutazione della qualità e appropriatezza dello screening attraverso la misurazione degli indicatori di processo (copertura, sensibilità del programma, valori predittivi e distribuzione per stadio alla diagnosi) Valutazione indicatori d'impatto (incidenza, mortalità, <i>down staging</i>) dello screening nella popolazione generale tramite gli indicatori di frequenza forniti dal Registro Tumori Piemonte, e la conduzione di studi <i>ad hoc</i> Valutazione della qualità e appropriatezza del trattamento dei casi diagnosticati allo screening Consolidamento della base dati anagrafica regionale Definizione delle linee guida e dei protocolli di screening, degli standard degli indicatori Sorveglianza tecnico scientifica e formazione	Raggiungimento e mantenimento degli standard di copertura previsti Incremento della partecipazione (informata) Attuazione dei Piani di Riconversione Invito attivo allo screening, tramite lettera a firma del medico di medicina generale Collaborazione alla fornitura di elementi per la valutazione dei programmi
Azioni di contrasto alle diseguaglianze	Offerta dello screening in modo strutturato e stabile (centri <i>ad hoc</i>) anche alle donne straniere presenti sul territorio piemontese	Realizzazione di interventi rivolti all'integrazione delle donne straniere nello screening
Conduzione di <i>trials</i> volti alla valutazione di nuove strategie, metodiche e tecnologie di screening Attività di revisione sistematica dell'evidenza scientifica e linee guide per il <i>quality assurance</i> degli screening oncologici	Ideazione, progettazione e conduzione dei <i>trials</i> , anche entro contesti cooperativi di ricerca internazionale Progettazione e redazione di linee guida per la Commissione Europea per il <i>quality assurance</i> per lo screening dei tumori	Collaborazione, quando richiesta o necessaria, alla realizzazione operativa dei <i>trials</i>

Bibliografia

- AA.VV. *Tumore della mammella. Linee guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte*. Regione Piemonte, Torino, 2002.
- AA.VV. *Tumori del colon-retto. Linee guida clinico organizzative per la Regione Piemonte*. Regione Piemonte, Torino, 2001.
- Anttila A, Ronco G, Lynge E, Fender M, Arbyn M, Baldauf JJ, Patnick J, McGoogan E, Hakama M, Miller AB. Chapter 2. *Epidemiological Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*. In: Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, eds. *European guidelines for quality assurance on cervical cancer screening*. 2nd ed. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2008.
- Broeders M, Nystrom L, Ascunce N, Riza E, Becker N, Tornberg S, Ponti A. *Epidemiological Guidelines for Quality Assurance in breast cancer screening*. In: Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tornberg S. eds. *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*. 4th ed. European Commission, Europe Against Cancer Programme, Luxembourg, 2006.
- International Agency for Research on Cancer. Breast Cancer Screening. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*. Volume 7. IARC Press, Lyon 2002
- Ronco G, vonKarsa L, Anttila A. Chapter 7. *Key performance indicators*. In: Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, eds. *European guidelines for quality assurance on cervical cancer screening*. 2nd ed. European Community, Brussels; Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2008.
- Segnan N, Senore C, Andreoni B, Arrigoni A, Bisanti L, Cardelli A, Castiglione G, Crosta C, DiPlacido R, Ferrari A, Ferraris R, Ferrero F, Fracchia M, Gasperoni S, Malfitana G, Recchia S, Risio M, Rizzetto M, Saracco G, Spandre M, Turco D, Turco P, Zappa M; SCORE2 Working Group-Italy. Randomized trial of different screening strategies for colorectal cancer: patient response and detection rates. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97(5): 347-357.
- Segnan N, Senore C, Andreoni B, Aste H, Bonelli L, Crosta C, Ferraris R, Gasperoni S, Penna A, Risio M, Rossini FP, Sciallero S, Zappa M, Atkin WS; SCORE Working Group Italy. Baseline findings of the Italian multicenter randomized controlled trial of "once-only sigmoidoscopy"-SCORE. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94(23): 1763-72.
- Segnan N, Senore C, Andreoni B, Azzoni A, Bisanti L, Cardelli A, Castiglione G, Crosta C, Ederle A, Fantin A, Ferrari A, Fracchia M, Ferrero F, Gasperoni S, Recchia S, Risio M, Rubeca T, Saracco G, Zappa M; SCORE3 Working Group-Italy. Comparing attendance and detection rate of colonoscopy with sigmoidoscopy and FIT for colorectal cancer screening. *Gastroenterology*. 2007; 132(7): 2304-12.
- von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Arbyn M, Segnan N, Maila N, Castello-Beltran M, Boniol M, Ferlay J, Hery C, Sauvaget C, Voti L, Autier P. *Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*. First Report. IARC, Lyon, 2008.
- Von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, Segnan N, Castillo-Beltran M, Boniol M, Ferlay J, Hery C, Sauvaget C, Voti L, Autier P. *Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the council recommendation of cancer screening*. First report. European Commission, Luxembourg, 2008.
- Zorzi M, Falcini F, Fedato C, Grazzini G, de' Bianchi PS, Senore C, Vettorazzi M, Visioli C, Zappa M. Screening for colorectal cancer in Italy: 2006 survey. *Epidemiol Prev*. 2008; 32(2 Suppl. 1): 55-68.

10. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Elementi di responsabilità sociale

La disabilità è un concetto in evoluzione e il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali e barriere attitudinali ed ambientali, che impedisce la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di uguaglianza con gli altri. Ciò pone una sfida importante in prima istanza agli operatori e alle organizzazioni della società civile, ma anche ai responsabili dei sistemi di monitoraggio sulla popolazione generale, per la misura degli effetti degli interventi sociali e sanitari sulla disabilità. Infatti, il miglioramento delle condizioni familiari, sociali e urbanistiche possono ridurre il grado di disabilità delle persone, soprattutto se associati a interventi di promozione, di prevenzione e di assistenza alle persone.

Elementi di novità

Tra i principali elementi di novità va annoverata l'accresciuta attenzione verso la valutazione dei bisogni di salute e di assistenza della popolazione anziana e della popolazione affetta da condizioni morbose croniche.

Valutazione

L'utilizzo delle informazioni su cronicità e disabilità derivanti dai sistemi di sorveglianza attivati in Piemonte e l'attivazione del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento contribuiranno alla valutazione di efficacia degli interventi adottati, integrando i sistemi di valutazione specifici previsti dalle singole azioni di piano.

Dimensione epidemiologica

In Piemonte, come nel resto del Paese, nell'ultimo secolo la speranza di vita alla nascita tra gli uomini è passata da poco più di 40 anni del 1900 a 78,4 nel 2008 con un guadagno di oltre 35 anni; per le donne, nello stesso arco di tempo, il guadagno è stato ancora superiore (83,6 anni nel 2008). Oggi, un piemontese su quattro ha oltre 65 anni. La situazione demografica mostra un Piemonte più vecchio e dipendente, con un saldo naturale negativo, tra quelli più sfavorevoli nel panorama nazionale. L'impatto sulla salute dell'invecchiamento della popolazione si esprime su numerose dimensioni. A breve termine infatti, si sta verificando un invecchiamento progressivo della forza di lavoro, di dimensioni mai viste prima, anche se moderate dal tentativo, peraltro sempre più contrastato dalle politiche previdenziali, di espulsione dal mercato dei lavoratori in esubero più anziani. Questo fenomeno può avere delle conseguenze inedite sulla salute che occorrerebbe prendere in considerazione in modo tempestivo. La prima conseguenza riguarda i riflessi negativi per la salute fisica e mentale dettati dalle necessità che un lavoratore che invecchia ha di adattarsi ad un posto di lavoro e ad una mansione che sono stati progettati per una forza di lavoro più giovane: l'ergonomia e l'organizzazione del lavoro dovranno tenere in considerazione questa nuova esigenza, se non vogliono compromettere le abilità lavorative di una forza lavoro più anziana; fatto che potrebbe far perdere produttività, generare assenteismo e aumentare i costi per l'assistenza sanitaria. Il secondo aspetto, correlato al precedente, è che il luogo di lavoro è il contesto dove la persona può imparare con più facilità a curare le proprie abilità funzionali, fisiche, cognitive e sociali, abilità che costituiscono il migliore viatico per un invecchiamento

in salute: oggi questi obiettivi di promozione della salute attraverso l'educazione agli stili di vita salutari e attraverso la pratica dell'esercizio fisico regolare non sono perseguiti nei luoghi di lavoro, perdendosi così un'occasione preziosa per mantenere questa *work ability*.

Più a medio termine, ci si può attendere che il progressivo invecchiamento della popolazione cambi radicalmente la domanda di beni e servizi: ci sarà più bisogno di quelli relativi all'assistenza sanitaria e meno di quelli di altro genere. Si stima che questo fenomeno possa comportare un aumento di circa il 30% nei prossimi 30 anni nel fabbisogno di assistenza, soprattutto di lungo-assistenza. Per contrastare questo aumento del fabbisogno di lungo-assistenza sono importanti le politiche che cercano di comprimere la morbosità, anche se, in questo ambito, la letteratura scientifica offre risultati controversi; le politiche di prevenzione sul fumo o sull'obesità, ad esempio, possono ridurre la morbosità correlata, ma non quella che la sostituirebbe in età più avanzate e non è quindi dimostrato che queste politiche possano avere un impatto sempre favorevole sui costi dell'assistenza sanitaria.

In termini di morbosità, il processo di invecchiamento della popolazione, in presenza di un aumento di efficacia delle terapie, produce un aumento sistematico della prevalenza delle condizioni morbose croniche meritevoli di trattamento sanitario. Questo fenomeno ha portato nel decennio 1992-2002 (dati dello studio ILSA) ad un aumento di prevalenza tra gli ultra 75enni del 26% degli infarti, 22% dello scompenso di cuore, 11% dell'ipertensione, 45% del diabete, 43% delle arteriopatie periferiche, 17% di ictus, 8% di demenze e un raddoppio della prevalenza delle disabilità gravi (da 4 a 8%). Alcune di queste condizioni potranno essere oggetto nel futuro di una compressione della morbosità, grazie agli effetti dilazionati del miglioramento già avvenuto nelle condizioni e nelle abitudini di vita delle nuove generazioni che stanno invecchiando e anche in forza delle politiche di *active ageing* che verranno eventualmente intraprese.

La crescente domanda di assistenza, che riguarda prevalentemente, ma non solo, la popolazione anziana si caratterizza quindi per essere di lunga durata, da erogare in ambiti molto diversi (domicilio, ambulatori di medicina di famiglia, ospedale, residenze sanitarie) e dalla necessità di un forte supporto dei servizi sociali.

I sistemi informativi attuali, anche nell'ambito della non autosufficienza dell'anziano, consentono di rilevare solo la quota di bisogno non espresso che si trasforma in domanda e, persino su questa, non si dispone ancora di adeguati sistemi informativi sul piano regionale; non è invece nota la prevalenza e la distribuzione di questi problemi nella popolazione generale, inclusiva della quota di bisogno che non trova espressione in una domanda di servizi.

Azioni di contrasto alle disuguaglianze

Quasi un piemontese anziano su tre vive da solo e, secondo i dati ISTAT, tra gli anziani soli c'è una maggiore concentrazione della povertà. Le più comuni malattie croniche, così come la disabilità, sono maggiormente diffuse nei gruppi sociali più svantaggiati: la frequenza di diabete, per esempio è di oltre tre volte più elevata nelle donne poco istruite rispetto alle donne più istruite, mentre tra gli uomini con scarse disponibilità economiche la disabilità è quasi due volte più frequente che tra gli uomini con buona disponibilità economica. Queste differenze tendono a ridursi nelle età più anziane, anche a causa della mortalità precoce nei gruppi sociali più svantaggiati. Ci sono anche evidenze che i processi di transizione dallo stato di salute a quello di pre-disabilità e, infine, di disabilità avvengano ad un ritmo più rapido nelle persone con minori risorse educative ed economiche. Un'efficace prevenzione delle complicanze e della disabilità dovrà essere attenta a strumenti e a metodi in

grado di coinvolgere quelle fasce di popolazione, prevalentemente anziana, sola e con bassi livelli di istruzione e di disponibilità economica, dove più forti sono gli effetti della cronicità.

Va poi ricordato che l'accesso alla diagnosi e alle cure dei pazienti di tutti i gruppi sociali, ma soprattutto dei gruppi più fragili, avviene nella maggioranza dei casi, attraverso il MMG. Il suo ruolo nel presidio dell'equità nei processi di cura è, dunque, essenziale. Vi sono ormai numerose evidenze di come programmi di "medicina di opportunità" o, meglio ancora, "medicina di iniziativa" siano in grado di individuare precocemente soggetti ad alto rischio (si veda il caso dell'ipertensione arteriosa) e di inserirli in percorsi di "trattamento" *evidence based*, oppure di ridurre l'insorgenza di complicanze di patologie croniche (si veda il caso del diabete) riducendo (e in alcuni casi annullando) le differenze sociali negli esiti di salute. Andrà quindi favorita l'adozione di questi modelli di assistenza di base (secondo il principio del *disease management*), che si sono dimostrati efficaci nel ridurre le disuguaglianze nel riconoscimento e controllo di fattori di rischio e nell'insorgenza di complicanze di malattie croniche.

Obiettivi generali di salute

Il presente piano intende prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso:

- l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento;
- la protezione e la promozione della salute negli anziani;
- la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità;
- la verifica dei modelli assistenziali, con riguardo all'assistenza primaria e specialistica.

Linee strategiche

Sorveglianza

Il documento di strategia internazionale dell'OMS *Active Ageing* (2002) ribadisce la necessità di porre in atto politiche e strategie di contenimento dei costi pubblici e sociali che si accompagnano alle società che invecchiano con interventi di prevenzione miranti a ridurre la disabilità e il rischio di disabilità. A supporto di queste strategie, si raccomanda altresì la messa in atto di attività di monitoraggio di tali interventi.

Tuttavia non è facile elaborare un quadro universalmente condivisibile delle dimensioni della disabilità a causa delle diverse definizioni utilizzate negli anni e dalla instabilità di un inquadramento obiettivo. Esiste quindi la difficoltà di quantificare il fenomeno disabilità e la sua gravità, in particolare nella popolazione ultra64enne e si registra una mancanza di informazioni sistematiche e dettagliate sui bisogni della popolazione anziana che permetta di valutare la qualità dell'assistenza e di razionalizzare le risorse disponibili, anche al fine di contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione.

Per definire degli strumenti che, non solo a livello individuale ma anche di un'unità territoriale, permettano di monitorare e valutare il sistema integrato di interventi

socio-assistenziali e socio-sanitari a favore delle persone più anziane in un'ottica di continuità assistenziale, il CCM ha recentemente effettuato la sperimentazione di un sistema di monitoraggio della disabilità e del rischio di disabilità in 17 fra Regioni e PA italiane e attualmente ne sta sostenendo la messa a regime. Il sistema di monitoraggio proposto ha lo scopo di produrre informazioni utili ad orientare l'azione a livello regionale e operativo (di azienda e di distretto sanitario). Il Piemonte ha aderito alla sperimentazione di questo sistema nel 2010, anno in cui sono state effettuate oltre 1500 interviste, anche attraverso la collaborazione degli Enti Gestori. In Piemonte la messa a regime di un sistema di sorveglianza della popolazione anziana che deve migliorare, con particolare riferimento alla fascia di popolazione più anziana, le capacità descrittive dei fenomeni di cronicità e di disabilità e gli effetti degli interventi sociali e sanitari sulla disabilità dovrà quindi partire dai risultati della sperimentazione dell'indagine PASSI d'Argento attuata nel 2010.

La valorizzazione dei flussi informativi correnti in ambito di disabilità e la valutazione di una loro possibile integrazione con le informazioni provenienti dal sistema di sorveglianza costituiscono un ulteriore ambito di miglioramento delle capacità descrittive dei fenomeni di cronicità e disabilità.

Medicina di famiglia

Il PSN 2006-2008 individua un importante ambito di rinnovamento del SSN nella riorganizzazione delle cure primarie e nel ruolo del medico di medicina generale (MMG) quale snodo strategico nel processo di "governo della domanda e dei percorsi sanitari" in un'ottica di "continuità assistenziale" e di integrazione delle risorse sanitarie e socio-sanitarie. Anche il Piano Sanitario Regionale 2007-2010 ribadisce il ruolo centrale del MMG in quello che viene chiamato il processo di "governo della domanda" in quanto erogatore di prestazioni e "prescrittore" di terapie e servizi (Regione Piemonte PSR 2007-2010). In questi ultimi anni si è sviluppato in Italia e in Piemonte un ruolo attivo del MMG in diversi processi di sorveglianza e screening e di gestione di patologie croniche: dai programmi di prevenzione delle patologie tumorali femminili (collo dell'utero e mammella), dove il MMG svolge un ruolo di "facilitatore" nel contatto/arruolamento delle donne coinvolte nello screening, allo sviluppo della "medicina di opportunità" per la sorveglianza di patologie diffuse nella popolazione, ai programmi di gestione integrata del diabete. La Medicina di Famiglia è andata via via organizzandosi in forme associative con diversi livelli di complessità allo scopo di andare incontro alle esigenze della popolazione assistita, i cui bisogni di salute sono mutati nel tempo. La valutazione dell'efficacia delle diverse forme associative della medicina di famiglia nella riduzione di eventi avversi nella popolazione affetta da patologie croniche, rappresenta un importante contributo al miglioramento dell'assistenza e alla prevenzione della disabilità e della non autosufficienza.

Monitoraggio





I sistemi di sorveglianza attualmente disponibili (PASSI, indagini ISTAT) permettono di monitorare la distribuzione geografica e sociale di alcuni indicatori di morbosità e disabilità all'interno della popolazione piemontese. L'avvio della rilevazione PASSI d'Argento contribuirà ad arricchire le possibilità di monitoraggio della salute e dei percorsi assistenziali all'interno della popolazione anziana. Ai sistemi di sorveglianza già in essere o in via di implementazione, si affiancheranno valutazioni sugli esiti a distanza utilizzando quei sistemi informativi correnti in grado di rilevare esiti di salute.

Allegato B - Piano Operativo



PIANO OPERATIVO

Aggiornamento dicembre 2010



Macroarea	Linee di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto
Progetto trasversale di supporto a tutte le linee di intervento			0. Azioni di supporto alla progettazione, realizzazione e valutazione del Piano Regionale della Prevenzione e dei Piani Locali della Prevenzione	Miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi di prevenzione, valutazione di processo e di risultato (outcome e output)
1. Medicina predittiva	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	1.1.1. Diffusione/miglioramento dell'uso della carta e del punteggio del rischio cardiovascolare attraverso la formazione dei MMG	1. incremento della % di popolazione con punteggio di rischio noto 2. riduzione della prevalenza di soggetti ad alto rischio cardiovascolare
			1.1.2. Prevenzione di danni alla salute da ondate di calore estive attraverso il miglioramento delle anagrafi degli anziani "fragili" e la valutazione dell'impatto degli interventi di prevenzione	Valutare l'appropriatezza delle attività di medicina predittiva già in essere / Migliorare la prevenzione degli eventi avversi nella popolazione anziana fragile
	2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali	2.1.1. Consolidamento del sistema regionale di sorveglianza integrato attraverso il miglioramento della qualità dei dati e lo sviluppo dei criteri di linkage tra le varie fonti informative	Riduzione dell'infortunistica da incidente stradale e in particolare dei casi mortali
			2.1.2. I "Moltiplicatori dell'azione preventiva" nella prevenzione degli incidenti stradali: interventi di tipo preventivo-educativo, comunicativo-formativo sui rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcol e sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuali.	
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio	2.2.1. Sicurezza in agricoltura: definizione e attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e controllo indirizzati alle attività lavorative del comparto agricolo a maggior rischio, tenendo conto delle peculiarità dei diversi territori della Regione Piemonte	Riduzione del 15% dei casi di infortuni invalidanti nel triennio
			2.2.2. Valutazione delle attività svolte nell'ambito dei piani regionali di prevenzione in edilizia a partire dal 2000 ai fini della riprogrammazione dei piani futuri	
		Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali	2.2.3. Creazione un sistema di raccolta dei dati presenti sui registri degli esposti ad agenti cancerogeni delle singole ASL, al fine di creare una base dati utile sia alla mappatura delle esposizioni sul territorio, sia per eventuali valutazioni sul danno ai lavoratori esposti	Migliorare le conoscenze e potenziare le attività di prevenzione
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana	2.3.1. Promozione dell'attività dei gruppi di cammino per la popolazione anziana	Riduzione della mortalità e dei ricoveri da eventi traumatici, miglioramento della qualità della vita
			2.3.2. Costituzione di un Tavolo Regionale con gli enti che si occupano di impianti e strutture abitative per la promozione di buone pratiche	Riduzione della mortalità e dei ricoveri da eventi traumatici, miglioramento della qualità della vita
		Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni	2.3.3. Monitoraggio e valutazione del progetto di sensibilizzazione dei genitori dei bimbi 0-4 anni	Riduzione della mortalità e dei ricoveri da eventi traumatici nei bambini 0-4 anni
			2.3.4. Realizzazione di un pacchetto didattico per la scuola dell'infanzia di supporto agli insegnanti nell'introdurre i temi della sicurezza	Riduzione della mortalità e dei ricoveri da eventi traumatici nei bambini 0-4 anni
2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento	2.4.1. Recepimento ed avvio dell'attività del nuovo "Piano nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita PNEMRc 2010-2012" in fase di approvazione: consolidamento delle coperture vaccinali, ricerca dei suscettibili, sorveglianza epidemiologica e conferma di laboratorio dei casi	Riduzione nel triennio dei casi di morbillo e rosolia congenita ai valori previsti dai Piani OMS	
		2.4.2. Monitoraggio delle coperture vaccinali attraverso l'uniformazione/informatizzazione delle anagrafi vaccinali	Riduzione dei casi di malattie infettive suscettibili di vaccinazione entro i limiti fissati dal PPPV	
	Definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze	2.4.3. Conferma di laboratorio delle malattie prevenibili con vaccinazione (morbillo, rosolia, infezioni batteriche invasive) allo scopo di valutare i fallimenti vaccinali e sorvegliare l'epidemiologia delle malattie prevenibili con le nuove vaccinazioni introdotte	Riduzione dei casi di patologie invasive batteriche per le quali sono previsti specifici programmi di vaccinazione, come pneumococco e meningococco C	
		2.5.1. Sorveglianza e controllo delle antibioticoresistenze: sperimentazione di "antimicrobial stewardship" per un controllo condiviso della prescrizione di antibiotici in ospedale	Riduzione delle infezioni da microrganismi antibioticoresistenti in ambiente ospedaliero	

Macroarea	Linee di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto
2. Prevenzione universale	2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	Ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria , con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto	2.5.2. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza: sperimentazione di indicatori regionali per il monitoraggio dell'attuazione delle precauzioni da trasmissione (contatto, area, droplet)	Riduzione delle infezioni da microrganismi antibioticoresistenti in ambiente ospedaliero
			2.5.3. Condivisione nelle aziende ospedaliere dei principali protocolli assistenziali (cateterizzazione urinaria, cateterizzazione vascolare, preparazione del paziente chirurgico, assistenza nella ventilazione assistita) e valutazione dell'implementazione mediante tecniche di "audit"	Riduzione dei casi di infezione ospedaliera e giorni di ricovero legati alla non corretta applicazione dei principali protocolli assistenziali nelle pratiche chirurgiche e di cateterizzazione
	2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	Ridurre le malattie sessualmente trasmesse , con particolare riguardo all'infezione da HIV	2.6.1. Raccordo delle attività dei servizi territoriali con la rete regionale dei Centri MST per il potenziamento degli interventi di controllo delle IST e HIV	Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV
		Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali	2.6.2. Sviluppo dei sistemi di prevenzione delle zoonosi favorendo l'integrazione della sorveglianza dei sistemi informativi e delle procedure di prevenzione mediche e veterinarie	Riduzione dei casi di zoonosi
		Limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione	2.6.3. Aggiornamento del piano regionale TB: sviluppo di un percorso integrato di prevenzione, diagnosi e cura	Contrastare la recrudescenza di casi di TB con particolare attenzione ai soggetti in particolare situazione di vulnerabilità
			2.6.4. Piano per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie da importazione trasmesse da insetti vettori	Evitare l'insorgenza di focolai epidemici collegati alla presenza di insetti vettori
	2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici (allergeni, muffe, pollini), con particolare attenzione alla salute dei bambini	2.7.1. Sorveglianza e approccio integrato alla problematica degli aeroallergeni (pollini e muffe) mediante azioni organizzative finalizzate ad aumentare l'integrazione fra i vari soggetti coinvolti (Dipartimenti di Prevenzione, ARPA, Rete Ospedaliera di Allergologia, enti locali, cittadini...); utilizzo delle informazioni provenienti dai calendari pollinici stagionali forniti dalla rete di monitoraggio degli aeroallergeni, per l'impostazione di azioni finalizzate a migliorare gli approcci preventivi e terapeutici	Riduzione dei casi di patologia allergica
		Contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi	2.7.2. Costituzione di un sistema di sorveglianza integrato sugli effetti delle sostanze chimiche provenienti da insediamenti produttivi. Sviluppo programma integrato di monitoraggio sui possibili bersagli della catena alimentare, animale e vegetale, tra ASL (SIAN, SISP, SVET), ARPA e IZS; predisposizione di strumenti metodologici di valutazione di impatto sulla salute (es. linee guida), per la gestione integrata da parte di tutti i servizi degli effetti riscontrabili sia ex ante che ex post opera (inclusi i rischi di origine occupazionale)	Riduzione della patologia collegata alle emissioni inquinanti, ivi compreso il disagio psicologico collegato alla alterazione delle condizioni di vita derivanti da emissioni odorose
	2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti	2.8.1. Prevenzione delle reazioni allergiche correlate ad ingestione di alimenti	Riduzione delle allergie alimentari e delle reazioni gravi
			2.8.2. Miglioramento del PRISA (2° triennio di applicazione). Consolidamento del processo di programmazione integrata regionale in sicurezza alimentare con miglioramento della capacità di graduazione delle priorità in funzione del rischio	Riduzione dei casi di tossinfezione alimentare
			2.8.3. Semplificazione e sostegno alla sicurezza alimentare nella piccola impresa mediante sperimentazione e applicazione di appropriati modelli di gestione della sicurezza alimentare	
			2.8.4. Miglioramento del sistema di sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti finalizzato alla valutazione del rischio e alla definizione di appropriate misure di prevenzione. Integrazione dell'attività del Centro di Riferimento Regionale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (CRR) con i flussi informativi regionali	
		2.8.5. Valutazione della qualità e appropriatezza dei Servizi di sicurezza alimentare: prima applicazione di modelli di audit sui Servizi di controllo ufficiale		
		2.8.6. Rischio chimico cancerogeno nel quadro dei controlli di sicurezza alimentare		

Macroarea	Linee di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto
2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute		2.9.1. Gestione e valorizzazione integrata delle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza correnti o da sistemi ad hoc per gli stili di vita, per la costruzione dei profili di salute, la definizione di priorità e la valutazione di impatto	Riduzione dei casi di malattia correlati ad abitudini scorrette
			2.9.2. Genitori più: otto azioni per promuovere la salute del bambino nei primi anni di vita attraverso il sostegno della genitorialità consapevole, il miglioramento della comunicazione professionale e lo sviluppo di un sistema operativo integrato e multidisciplinare	Empowerment dei genitori di bambini nel primo anno di vita
			2.9.3. Collaborazione interistituzionale "scuola che promuove salute" e diffusione delle buone pratiche identificate nel progetto "scuola e salute"	Offerta di azioni efficaci di promozione della salute nelle scuole di tutta la regione
			2.9.4. "Guadagnare salute negli adolescenti": adesione a sei interventi strutturati di promozione della salute tra gli adolescenti in ambito scolastico ed extra-scolastico in coordinamento con tutte le regioni italiane nelle seguenti aree: attività fisica e alimentazione, sessualità, prevenzione del consumo di tabacco, alcol e sostanze, benessere psico-fisico, incidenti stradali	Riduzione dei casi di malattia correlati ad abitudini scorrette negli adolescenti
	Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%		2.9.5. Accordi quadro interistituzionali per il miglioramento dell'offerta alimentare nella ristorazione collettiva e della disponibilità e accessibilità a cibi sani nella popolazione infantile e nei gruppi svantaggiati	Miglioramento dell'offerta nutrizionale alla popolazione infantile e ai gruppi svantaggiati, riduzione delle patologie correlate ad alimentazione scorretta
			2.9.6. Definizione e valutazione di percorsi orientati alla individuazione e modificazione dei comportamenti a rischio e all'assunzione di stili di vita salutari	Sperimentazione e applicazione di approcci integrati agli stili di vita da parte dei servizi sanitari
			2.9.7. Allattamento al seno e prevenzione dell'obesità	Empowerment delle famiglie di bambini nel primo anno di vita
	Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta		2.9.8. Promozione dell'attività motoria nel setting scuola: coordinamento e diffusione di azioni efficaci nelle scuole della regione (percorsi casa-scuola, attività motoria curricolare ecc.) e nelle comunità, in collegamento con i PePS	Riduzione dei casi di obesità adolescenziale
			2.9.9. Promozione dell'attività motoria in ambiente di lavoro: valutazione e disseminazione di buone pratiche	Riduzione delle patologie da sedentarietà, quali malattie osteo-articolari, obesità, diabete e altre malattie metaboliche
	Riduzione del consumo di alcol a rischio (percentuale dei consumatori fuori pasto, dei consumatori giornalieri di quantità superiori a quelle considerate compatibili, anche in relazione all'età, dei "binge drinkers", dei consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica derivante dall'alcol, dei consumatori all'interno dei luoghi di lavoro)		2.9.10. Coordinamento delle attività di prevenzione dell'abuso di alcol nel territorio: interventi pianificati all'interno del programma nazionale "Guadagnare Salute in Adolescenza" ("Unplugged", "Moltiplichiamo la sicurezza"), ordinanze comunali sulla vendita di alcolici, interventi famigliari (Strengthening Families Program), azioni di controllo delle forze di polizia	Riduzione del numero di consumatori di alcol a rischio, riduzione della prevalenza di guidatori con valori di alcolemia fuori norma, riduzione del numero di incidenti stradali dovuti all'alcol
			2.9.11. Attuazione del piano regionale antitabacco nei suoi programmi specifici: i) assistenza e supporto alla disassuefazione e controllo del fumo passivo nei luoghi di lavoro e negli ambienti sanitari; ii) prevenzione dell'iniziazione al fumo negli adolescenti	Aumentare la prevalenza degli ex-fumatori nella popolazione generale e nei gruppi indicati dalle linee guida regionali. Riduzione dei casi di BPCO e di neoplasie fumo-correlate
			2.9.12. Coordinamento delle attività di prevenzione dell'uso di droghe nel territorio: interventi pianificati all'interno del programma nazionale "Guadagnare Salute in Adolescenza" ("Unplugged", "Fuori posto"), interventi famigliari (Strengthening Families Program)	Riduzione dei casi di disagio giovanile e di patologie correlate alla tossicodipendenza
3.1 Tumori e screening	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto		3.1.1. Raggiungimento e mantenimento degli standard previsti per i programmi di screening dagli indicatori della DGR 111-3632 del 02/08/2006	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, riduzione dei casi da sottoporre a intervento chirurgico
			3.1.2. Attuazione dei Piani di riconversione attraverso la garanzia di finanziamento dei programmi di screening	
		Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colonretto	3.1.3 Registro Tumori Piemonte: estensione della copertura di registrazione all'intero territorio regionale con disegno progressivo	Fornitura ai programmi di screening di dati di registrazione utili alla valutazione.

Macroarea	Linee di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto
3. Prevenzione della popolazione a rischio	3.2 Malattie cardiovascolari	<p>Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, perseguendo i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definire strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (carta del rischio, ma anche rilevazione di indicatori indiretti come il consumo di farmaci specifici) - individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di ipertensione, ipercolesterolemia, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza (secondo l'indagine multiscopo ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente pressione arteriosa e parametri biochimici, senza tuttavia una standardizzazione) - predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi - definire percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica 	3.2.1 V. p.to 1.1.1	
	3.3 Diabete	<p>Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete, perseguendo i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza - predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici, anche con riguardo alla fornitura di presidi per il monitoraggio della glicemia - definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell'educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbidità - valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per l'acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione - favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi 	3.3.1. Attivazione di programmi di screening del diabete nelle persone a rischio: - Formazione dei mmg per l'utilizzo delle occasioni opportune ai fini dell'individuazione precoce dei soggetti a rischio, anche in relazione alla frequente co-morbidità - Definizione di percorsi diagnostici costo/efficaci per la diagnosi precoce e protocolli per la gestione integrata della malattia	Riduzione nel triennio di ricoveri ordinari e di passaggi in DEA di soggetti che devono ricorrere al trattamento ipoglicemizzante. Riduzione nel triennio di ricoveri ordinari e di passaggi in DEA di soggetti che devono ricorrere al trattamento insulinico
			3.3.2 Implementazione, monitoraggio e valutazione della appropriatezza dell'assistenza diabetologica regionale (gestione integrata e rete diabetologica)	<input type="checkbox"/> Miglioramento degli indicatori di processo e di esito dei MMG aderenti alla gestione integrata; <input type="checkbox"/> Miglioramento degli indicatori di processo e di esito delle singole strutture diabetologiche; <input type="checkbox"/> Miglioramento dei percorsi assistenziali rivolti ai diabetici, con superamento di eventuali disuguaglianze nell'accesso ai servizi sul territorio regionale; <input type="checkbox"/> Favorire i processi di programmazione sanitaria tramite la conoscenza dei costi diretti delle diverse modalità di assistenza diabetologica erogate sul territorio regionale.
			3.3.3. Attivazione/implementazione di sistemi informativi per migliorare la programmazione regionale dell'assistenza diabetologica	Disporre di stima accurate sull'andamento temporale della occorrenza di diabete e delle sue principali complicanze (insufficienza renale terminale e cecità) nonchè dei costi diretti al fine di migliorare la programmazione sanitaria dei bisogni dei diabetici. Produrre di una brochure sui dati epidemiologici del diabete in Piemonte e relativo meeting di presentazione
	3.6 Patologie orali	<p>Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva</p>	3.6.1. "Identikit: promozione della salute orale nelle scuole piemontesi"	Riduzione dell'incidenza di carie e altre patologie orali
			3.6.2. Progetto regionale di prevenzione primaria e secondaria, con possibili ed eventuali opzioni terapeutiche, in pazienti oncologici in terapia con bifosfonati per endovena, con o senza manifestazioni di osteonecrosi mascellare	Riduzione dei casi di osteonecrosi dei mascellari in pazienti in trattamento con bifosfonati
	3.7 Disturbi psichiatrici	<p>Lotta alla depressione</p>	3.7.1. Prevenzione della depressione e del suicidio: programma di intervento integrato con il coinvolgimento dei medici di medicina generale	Migliorare il riconoscimento precoce e il trattamento appropriato della depressione, come pure del rischio di suicidio
			3.7.2. Valutazione della fattibilità di progetti di promozione della salute in salute mentale attraverso: 1. Revisione della letteratura e ricerca di evidenze; 2. Ricognizione delle attività in essere	Ricognizione delle buone pratiche con evidenza di efficacia
		<p>Contrasto ai DCA</p>	3.7.3. Programma dedicato alla diagnosi e all'intervento precoce nelle psicosi (prevenzione del rischio di sviluppo psicotico e delle ricadute)	Riduzione dei casi di psicosi trattate tardivamente. Ridurre l'impatto a lungo termine della disabilità e contenimento delle ricadute

Macroarea	Linee di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto
	3.8 Malattie neurologiche	Migliorare la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le patologie neurologiche , perseguendo i seguenti obiettivi: - rivedere i percorsi assistenziali cui afferiscono i soggetti - verificare la procedura di concessione dell'invalideria civile	3.8.1. Diagnosi precoce della patologia di Alzheimer e delle altre demenze attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica	Riduzione della percentuale di pazienti dementi e del relativo percorso di degenerazione
4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia	4.1 Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico	Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative , attraverso: - l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte - la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività - la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità	4.1.1 Valutazione dell'efficacia di forme associative innovative nella Medicina di Famiglia nella riduzione di eventi avversi e nel contenimento dei costi	Verifica dei modelli assistenziali, con riguardo all'assistenza primaria
			4.1.2. Diagnosi precoce delle "early arthritis" e definizione dei corretti percorsi assistenziali - Interventi di formazione dei MMG per la diagnosi precoce e per l'attuazione di un corretto percorso assistenziale	Prevenzione delle lesioni anatomiche articolari e delle disabilità correlate
			4.1.3. Psicoeducazione e counseling per genitori di pazienti con anoressia o bulimia in riabilitazione residenziale prima del ritorno in famiglia	Prevenzione della cronicizzazione e delle ricadute nei pazienti con anoressia e bulimia
	4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	- la verifica dei modelli assistenziali, con riguardo all'assistenza primaria e specialistica - l'introduzione di elementi favorevoli all'integrazione dell'anziano e disabile nella pianificazione urbanistica ed edilizia (strutture abitative ma anche residenziali collettive)	4.2.1. Mettere a regime un sistema di sorveglianza della popolazione anziana, in particolare con disabilità	Approfondimento indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento
4.2.2. promozione della salute per: a) gruppi a rischio con diminuite capacità funzionali attraverso l'attivazione di attività fisiche adatte alle diminuite capacità funzionali (AFA); b) pazienti anziani con frattura di femore o a rischio di frattura di femore da osteoporosi	a) Riduzione di quadri disfunzionali nei soggetti più fragili ed anziani, in rapporto a specifiche alterazioni dello stato di salute con particolare riferimento a disfunzioni dell'apparato locomotore o disfunzioni di altra natura causanti limitazioni delle capacità funzionali non suscettibili di ulteriore recupero a conclusione del Progetto riabilitativo individuale. b) Riduzione del numero dei pazienti anziani con frattura di femore portatori di disabilità e del numero dei pazienti affetti da osteoporosi a rischio di frattura di femore			