

Codice DB2017

D.D. 24 luglio 2013, n. 579

Proroga 2013 del Piano regionale di prevenzione: approvazione delle schede programma di cui alla DGR n. 47-5885 del 3/06/2013.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 (DCR 3 aprile 2012, n. 167-14087) include la prevenzione tra i progetti speciali e conferma integralmente il Piano regionale di prevenzione 2010-2012, approvato con DGR n. 37-1222 del 17 dicembre 2010, prevedendo che le ASL, sulla base degli indirizzi del Piano regionale, definiscano annualmente i Piani locali della prevenzione.

L'Accordo Stato-Regioni n. 53/CSR del 7/02/2013 ha prorogato la vigenza del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 a tutto il 2013 e ha stabilito che le Regioni procedano alla riprogrammazione dei propri Piani regionali per il 2013.

Pertanto la Giunta regionale ha provveduto a prorogare la vigenza del Piano regionale di prevenzione (PRP) 2010-2012 a tutto il 2013, con la DGR n. 47-5885 del 3/06/2013, che conferma la validità del Quadro strategico, contenente le strategie e le priorità, e approva il nuovo Piano operativo.

Il Piano operativo approvato con DGR n. 47-5885 del 3/06/2013 individua i programmi e gli obiettivi da conseguire nel 2013, in coerenza con il Quadro strategico del PRP.

Il medesimo provvedimento demanda inoltre alla Direzione Sanità l'approvazione con proprio provvedimento di schede dettagliate per ciascuno dei programmi contenuti nel Piano operativo approvato dalla DGR suddetta.

Sono state pertanto elaborate, con la collaborazione del Coordinamento operativo regionale della prevenzione (CORP), le schede-programma per l'attuazione degli obiettivi previsti dal provvedimento di proroga del Piano regionale di prevenzione per il 2013, articolandole in obiettivi generali e specifici, risultati attesi e attività da realizzare, a livello sia regionale sia di ASL, per conseguire i risultati attesi, prevedendo gli indicatori per la valutazione e individuando un referente tecnico per ciascuna scheda.

Atteso quanto sopra, si rende dunque necessario approvare le schede-programma di cui all'allegato alla presente determinazione, così come previsto dalla DGR n. 47-5885 del 3/06/2013.

IL DIRETTORE

Vista la DCR 3 aprile 2012, n. 167-14087;

Visto l'Accordo Stato-Regioni n. 53/CSR del 7/02/2013;

Vista la DGR n. 47-5885 del 3/06/2013;

determina

di approvare le schede programma per il 2013 del Piano regionale di prevenzione, contenute nell'allegato A, parte integrante del presente provvedimento.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni.

La presente determinazione sarà pubblicata sul bollettino ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della LR 22/2010.

Il Direttore
Sergio Morgagni

Allegato

2.1.1 PREVENZIONE INCIDENTI STRADALI

Lo sviluppo del sistema di sorveglianza integrato e di modelli previsionali, la promozione di comportamenti di guida responsabile, gli interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive e l'attività di documentazione e disseminazione.

SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

Razionale

Nel decennio 2001-2010 si è osservata una importante riduzione degli indici di mortalità legati a incidenti stradali. Riduzione a cui hanno contribuito i migliorati sistemi di sicurezza attivi e passivi, leggi e normative più rigorose, una maggiore efficienza dei Servizi sanitari. Tuttavia, l'incidentalità stradale continua a rappresentare un problema di salute di prioritario interesse: l'incidentalità stradale pesa infatti per circa l'1% sulla mortalità generale, ma continua a rappresentare la principale causa di morte e disabilità tra i giovani. Il problema risulta particolarmente accentuato nella regione Piemonte: nel 2010, in Piemonte il tasso di mortalità per incidenti stradali è stato di 7,3 per 100.000 abitanti, superiore alla media nazionale (6,8) e dell'Europa (6,2). L'impatto sul sistema sanitario si conferma piuttosto rilevante, così come il carico assistenziale. La prevenzione dei comportamenti a rischio rimane un obiettivo prioritario: i fattori comportamentali risultano infatti tra i determinanti principali dell'incidentalità. Secondo i dati Passi 2011, in Piemonte un guidatore su dieci guida dopo aver bevuto almeno 2 unità di bevande alcoliche nell'ora precedente; i dati Passi segnalano inoltre come, nonostante l'obbligo di legge, meno di tre passeggeri su dieci faccia uso della cintura di sicurezza posteriore.

Indicazione di priorità

Al fine di contribuire alla ulteriore riduzione della mortalità e disabilità conseguenti a incidenti stradali, allineandosi ai valori dei principali paesi dell'Europa occidentale, vanno consolidate le attività avviate col Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, azioni integrate mirate alla sorveglianza del problema e alla promozione di comportamenti di guida responsabile, basate sulla costruzione di alleanze tra gli attori attivi sui territori di competenza. Le attività riguardano:

1. lo sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato e la definizione di modelli previsionali;
2. la promozione di comportamenti di guida responsabile nei setting scuola, comunità e centri della sanità con il coinvolgimento dei moltiplicatori dell'azione preventiva;
3. gli interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive alla guida dei veicoli;
4. le attività di documentazione e disseminazione finalizzate a favorire il trasferimento e lo scambio di evidenze, buone pratiche, strumenti e metodi.

Referente tecnico Laura Marinaro (SSD Epidemiologia ASL CN2)

Soggetti coinvolti

Per le attività di sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato e la definizione di modelli previsionali: S.C. Servizio sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3. Collaborazioni con: Centro di Monitoraggio Regionale della Sicurezza Stradale (gestito da IRES Piemonte per la Direzione Trasporti-Assessorato Trasporti della Regione Piemonte), Sistema di emergenza sanitaria 118, Istituto Superiore di Sanità (Dipartimento Ambiente e Traumi), ISI (Istituto per l'Interscambio Scientifico) di Torino.

Per le attività di promozione di comportamenti di guida responsabile: DoRS (Centro regionale di documentazione per la promozione della salute), Operatori sanitari ASL piemontesi (Dipartimento

di Prevenzione, Referenti per la Promozione della Salute, Referenti Epidemiologia, Medicina legale, Dipartimento di Patologia delle Dipendenze – Servizio di Alcolologia, Servizio di Psicologia, Servizio Sociale aziendale, PS/DEA, Servizio di Emergenza 118 ecc.); Reti Locali e agenzie del terzo settore presenti sul territorio; EE.LL. (Comuni e Province); Ufficio Scolastico Territoriale; Associazioni di categoria (autoscuole, gestori di locali pubblici ecc.); Forze dell'Ordine (Polizia Locale, Polizia Stradale, Carabinieri); Agenzie di comunicazione.

Per gli interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive alla guida dei veicoli: ASO e ASL della Regione Piemonte (con particolare riferimento ai Servizi di PS/DEA, Medicina Legale, Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze); Assessorato ai Trasporti della Regione Piemonte; Procura Generale di Torino; Prefettura di Torino; Corpo di Polizia Municipale di Torino e altre forze di Polizia stradale (Polizia di Stato intera, Arma dei Carabinieri, Corpo della Guardia di Finanza, ecc.) operanti sul territorio regionale.

Per le attività di documentazione e disseminazione: DoRS; ASL piemontesi.

Obiettivo generale

Contribuire alla riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali nella popolazione in generale e nei gruppi a maggiore rischio, con particolare attenzione alla prevenzione dei determinanti comportamentali, tra cui uso di alcol, sostanze stupefacenti e psicotrope, eccesso di velocità, mancato o non corretto utilizzo di dispositivi di protezione individuale (uso di casco, cinture e seggiolini per bambini). Si identificano come principali setting di intervento: scuola, comunità (luoghi informali di aggregazione), centri della sanità.

Obiettivi specifici

1. Sviluppo del sistema di sorveglianza integrato e di modelli previsionali

Migliorare la descrizione della distribuzione territoriale, della evoluzione temporale e dell'impatto sanitario dell'incidentalità stradale caratterizzandola rispetto a diverse dimensioni di analisi.

2. Promozione di comportamenti di guida responsabile

- a) Migliorare le conoscenze sui corretti comportamenti alla guida nei giovani e negli adulti attraverso interventi informativi, formativi e educativi realizzati dai moltiplicatori nei contesti educativi (per le ASL che attivano interventi nelle scuole, autoscuole ecc.).
- b) Modificare l'atteggiamento di guida in stato di ebbrezza a seguito degli interventi realizzati dai moltiplicatori nei contesti del divertimento (per le ASL che attivano interventi nel contesto del divertimento).

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

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

4. Attività di documentazione e disseminazione

Produrre e disseminare attraverso area focus tematica e su newsletter elettronica (sito DoRS) documentazione varia (sintesi, adattamenti e traduzioni di evidenze scientifiche, indagini, strumenti, ecc.) sul tema degli incidenti stradali.

Azioni strategiche/risultati attesi**Sviluppo del sistema di sorveglianza integrato e di modelli revisionali (Centro Regionale di Riferimento)**

1.a Valutazione di completezza e qualità dei dati e degli indicatori ricavabili dai dataset potenzialmente utili.

1.b Produzione di modelli previsionali.

1.c Stesura del capitolo sugli indicatori sanitari per il Rapporto annuale del CRMSS Piemonte.

Promozione di comportamenti di guida responsabile in almeno 6 ASL sul territorio regionale

2. Consolidamento dei progetti già sperimentati e avviati nel precedente PRP attraverso la realizzazione di interventi informativi, formativi ed educativi (Contesti del divertimento e Contesti educativi) con il coinvolgimento di moltiplicatori.

Interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive (Centro Regionale di Riferimento)

3.a Definizione di linee di indirizzo regionali, in tema di accertamenti ai sensi degli artt. 186, 186bis e 187 C.d.S.

3.b Realizzazione di un'indagine conoscitiva sulle violazioni di cui agli artt. 186 e 187 C.d.S. in Regione Piemonte possibilmente attraverso l'accesso a banche dati aggiuntive (es. Motorizzazione Civile, Autorità Giudiziaria, Prefetture, ecc.) oltre a quelle delle Commissioni Medico Locali).

Attività di documentazione e disseminazione (Centro Regionale di Riferimento)

4.a Mantenimento di un'area focus aggiornata sul tema degli incidenti stradali, rivolta a decisori e operatori sanitari impegnati nei progetti di prevenzione degli incidenti stradali, ma altresì rivolta ai cittadini interessati.

Individuazione e valorizzazione di progetti tematici considerati Buona pratica.

Attività**Sviluppo del sistema di sorveglianza integrato e di modelli previsionali (Regione)**

1.a Recupero fonti dati utili.

1.b Analisi e produzione di indicatori.

1.c Sperimentazione di metodi di forecasting su serie temporali.

Promozione di comportamenti di guida responsabile a livello di ASL

2. Realizzazione interventi informativi e educativi nei contesti scuola, autoscuola, comunità e centri della sanità:

- contatto e coinvolgimento delle scuole del territorio o delle autoscuole (contesto educativo);
- contatto e coinvolgimento degli organizzatori di feste e sagre (pro-loco, associazioni, enti locali e province);
- collaborazione con ACI per la sensibilizzazione dei neo-genitori all'uso dei seggiolini.

Interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive (Regione)

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

3.b Raccolta ed elaborazione dati sull'attività delle Commissioni Medico Locali della Regione Piemonte in riferimento alle violazioni ex artt. 186 e 187 C.d.S. e valutazione delle possibilità di accesso a banche dati aggiuntive (es. Motorizzazione Civile, Autorità Giudiziaria, Prefetture, ecc.).

Attività di documentazione e disseminazione (Regione)

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

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

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE

	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
Sviluppo del sistema di sorveglianza integrato e di modelli previsionali <i>Indicatore di output:</i> Produzione di modelli previsionali basati su serie temporali di dati di incidentalità 2001-2010.	Documentazione regionale	Produzione di grafico di modello previsionale dell'andamento di feriti da incidenti stradali
Promozione di comportamenti di guida responsabile <i>Indicatore di output:</i> Soggetti che dichiarano di non guidare a seguito della rilevazione di un tasso alcolemico superiore ai limiti consentiti/Soggetti intercettati dai moltiplicatori nei contesti del divertimento (strumento: Go card)	Database Sistema Go card Safe Night Piemonte	30%

2.2.1. PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO
SCHEMA DI PROGRAMMA 2013***Razionale***

La serie storica del numero degli infortuni sul lavoro prosegue l'andamento decrescente. Nel 2011 sono stati denunciati circa 725 mila infortuni, con una riduzione del 6,6% rispetto al 2010. Per il 2011 sono stati stimati 920 infortuni mortali con una diminuzione del 5,4% rispetto al dato definitivo del 2010 (già ridotto del 7,6% rispetto al 2009, quando gli infortuni furono 1.053). La diminuzione del 5,4% subita dal numero totale degli infortuni mortali ha l'effettiva determinante nella componente "in strada": non può perciò consentire inferenze troppo tranquillizzanti sul miglioramento della sicurezza degli ambienti di lavoro.

È importante – per garantire giudizi appropriati e politiche efficaci – una precisazione ulteriore. I numeri assoluti degli infortuni e i loro andamenti storici non sono, da soli, informazione adeguata per dare indicazioni alle politiche della sicurezza. Dovrebbero essere analizzati raggruppandoli per "classe di rischio" e rapportati a un indicatore del "periodo di esposizione al rischio", rilevato per classe.

Un'analisi adeguata dovrebbe considerare il periodo di esposizione al rischio misurato dalle "ore lavorate", come d'altra parte definito dalla norma UNI (la 7249, sulle "statistiche degli infortuni sul lavoro"), ma attualmente il dato non è disponibile.

Indicazione di priorità

Escludendo gli eventi "in strada", la situazione epidemiologica piemontese evidenzia tra i settori più a rischio, per frequenza e gravità degli infortuni, i settori dell'edilizia e dell'agricoltura.

Referente tecnico Oscar Argentero (Dipartimento di Prevenzione ASL TO5)

Soggetti coinvolti

Altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione (con particolare riferimento ai Servizi Veterinari per quanto attiene al comparto agricoltura), Medici Competenti, Datori di lavoro, associazioni di categoria, organizzazioni sindacali, RLS, RSPP, Coordinatori per la sicurezza (comparto edilizia), altri organi di vigilanza (VVFF, DTL, INAIL).

Obiettivo generale

Ridurre la frequenza degli infortuni e la loro gravità.

Obiettivi specifici

1. Azioni mirate di vigilanza nel settore edile e nelle aziende agricole.
2. Gestione tempestiva degli eventi infortunistici gravi e mortali in coordinamento con il sistema 118.
3. Attività di formazione, assistenza, promozione della salute in collaborazione con le parti sociali.



Piano regionale di prevenzione – Schede programma 2013

<p><i>Azioni strategiche/risultati attesi</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Mantenimento degli standard di attività di inchiesta sugli infortuni, fin qui raggiunti.2. Applicazione del protocollo di intervento concordato con la Procura Generale della Repubblica al fine di migliorare l'efficacia delle inchieste infortuni.3. Utilizzo della scheda di rilevazione delle attività di vigilanza in edilizia.4. Utilizzo della "scheda di sopralluogo aziende agricole".5. Utilizzo sperimentale dell'applicativo "SPreSAL Web" relativo al sistema informativo regionale.
<p><i>Attività</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Assunzione del piano regionale edilizia 2013, con particolare riferimento alle azioni volte alla riduzione del fenomeno infortunistico (in allegato).2. Assunzione del piano regionale agricoltura 2013, con particolare riferimento alle azioni volte alla riduzione del fenomeno infortunistico (in allegato).

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE		
	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
N. ASL che attuano il piano edilizia/totale ASL	Report regionale attività SPreSAL, anno 2013	12/12
N. ASL che attuano il piano agricoltura/totale ASL	Report regionale attività SPreSAL, anno 2013	12/12

2.2.2. PREVENZIONE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

SCHEMA DI PROGRAMMA 2013

Referente tecnico Oscar Argentero (Dipartimento di Prevenzione ASL TO5)

Razionale

I dati INAIL dimostrano come negli ultimi anni l'andamento delle denunce e dei riconoscimenti delle malattie professionali stia procedendo in controtendenza rispetto a quanto avvenuto in precedenza, evidenziando un significativo incremento: nel breve volgere di sei anni il totale delle denunce è infatti passato da 26.752 a 46.558 (Tab. 1).

Come anche evidenziato dalla "Terza relazione intermedia" sull'attività svolta dalla *Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche"*, approvata il 17 gennaio 2012, oltre che ad una "più matura consapevolezza raggiunta da lavoratori e datori di lavoro", che tende a ridurre il fenomeno della sottodenuncia, altro importante fattore da considerare è stato "l'entrata in vigore delle nuove tabelle delle malattie professionali" (DM 9 aprile 2008) che "ha introdotto la presunzione legale d'origine per molte patologie ... agevolando il riconoscimento sul piano probatorio" e favorendo "un ricorso più massiccio allo strumento assicurativo".

Di sicuro, questo incremento non va letto negativamente in quanto rappresenta l'attesa e auspicata emersione delle patologie correlate al lavoro (ancora non del tutto completata) ma, nel confermare i dati attesi, rappresenta comunque un campanello di allarme che le istituzioni non possono ignorare richiamando la necessità di attivare le opportune politiche di prevenzione.

L'andamento delle denunce di malattie professionali non è peraltro omogeneo su tutto il territorio nazionale, a conferma dell'importanza dell'opera di sensibilizzazione e degli interventi di prevenzione attivati nelle singole Regioni da parte dei vari attori della prevenzione. Nella Tab. 2 possiamo notare come in alcune Regioni si sia verificato un significativo incremento delle denunce mentre in altre il dato sia sostanzialmente stazionario negli anni.

Tab. 1 – MALATTIE PROFESSIONALI manifestatesi nel periodo 2006-2010 e denunciate. Fonte INAIL: Elaborazione SNOP.						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTALE	26.752	28.933	30.093	34.889	42.465	46.558
Var. % su anno precedente		8,1	4	15,9	21,7	9,6
Var. % su 2006		8,1	12,4	30,4	58,7	74

**Tab. 2 – Denunce malattie professionali (Anni 2007 – 2011)
– Distribuzione per Regioni. Fonte: INAIL.**

Territorio	Anno di manifestazione				
	2007	2008	2009	2010	2011
Piemonte	2.081	2.089	2.154	2.034	2.091
Val d'Aosta	74	42	35	56	69
Lombardia	2.640	2.927	2.864	3.210	3.124
Liguria	1.034	937	918	971	848
Bolzano - Bozen	316	298	248	243	236
Trento	237	240	293	334	408
Veneto	1.914	1.976	2.135	2.319	2.214
Friuli VG	1.337	1.191	1.192	1.247	1.400
Emilia Romagna	3.933	4.435	4.933	6.422	7.153
Toscana	2.510	3.029	3.698	4.717	5.843
Umbria	1.168	1.185	1.268	1.336	1.419
Marche	1.899	1.662	2.026	2.690	3.259
Lazio	1.391	1.365	1.398	1.643	1.830
Abruzzo	2.345	2.465	4.063	5.655	5.714
Molise	123	132	116	193	241
Campania	1.083	937	1.106	1.455	1.641
Puglia	1.712	1.731	1.952	2.018	2.425
Basilicata	347	333	420	419	450
Calabria	717	828	1.145	1.231	1.422
Sicilia	1.009	1.040	1.101	1.463	1.522
Sardegna	1.039	1.251	1.824	2.809	3.249
ND	24	-	-	-	-
TOTALE	28.933	30.093	34.889	42.465	46.558

Indicazione di priorità

Riduzione della frequenza e della gravità delle malattie professionali, con particolare riferimento alle patologie correlate ad esposizione ad agenti chimici/cancerogeni e alle patologie muscolo scheletriche (patologie emergenti, sottonotificate).

Referente tecnico Oscar Argentero (Dipartimento di Prevenzione ASL TO5)

Soggetti coinvolti

Dipartimento di Prevenzione, Medici Competenti, Medici di Base, Medici Specialisti, Associazioni di categoria, organizzazioni sindacali, RLS, RSPP, INAIL.

Obiettivo generale

Ridurre la frequenza delle malattie professionali e la loro gravità.

Obiettivi specifici

1. Emersione delle malattie professionali sottotificate e delle patologie emergenti.
2. Contrasto delle esposizioni causa di patologie lavoro correlate.
3. Implementazione dei flussi informativi attraverso il raccordo con gli osservatori regionali (tumori nasosinusal, mesoteliomi).

Azioni strategiche/risultati attesi

1. Mantenimento degli standard di attività di inchiesta sulle malattie professionali fin qui raggiunti.
2. Implementazione dei protocolli di intervento concordati con la Procura della Repubblica per migliorare l'efficacia degli interventi.
3. Utilizzo sperimentale dell'applicativo "SPreSAL Web" relativo al sistema informativo regionale.
4. Utilizzo dei dati informativi disponibili attraverso i registri cancerogeni per la pianificazione di interventi mirati.

Attività

Attivazione di iniziative mirate alla riduzione della sottotifica di malattia professionale con particolare riferimento alle patologie tumorali e altre patologie emergenti (es. patologie muscoloscheletriche).

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE

	FONTI DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
Attivazione di piani mirati ai comparti a maggior rischio da esposizione a cancerogeni e da sovraccarico biomeccanico su arti superiori e rachide, secondo evidenze di priorità locali <u>n. di ASL che attivano piani mirati</u> n. totale di ASL	Relazione da parte delle ASL che hanno attivato piani mirati, validata dal competente Settore Regionale	30% (almeno 3 ASL su 12 hanno attivato piani mirati)

2.3.1. PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

Razionale

Gli incidenti domestici, per il loro numero (circa 200.000 ricorsi al PS), per la gravità e per il peso che hanno sulle strutture sanitarie si impongono all'attenzione di quanti si occupano di prevenzione. In Piemonte più del 10% dei ricorsi al PS sono determinati da incidenti domestici e ogni anno il 4,5% dei residenti in Piemonte si rivolge ad un PS a causa di un incidente avvenuto in casa e il trend che si osserva, forse anche per la maggior attenzione che negli ultimi anni c'è stata sul problema, è in leggero aumento. Anche nella Relazione sullo "Stato Sanitario del Paese 2009-2010" gli incidenti domestici sono indicati come una priorità da affrontare; una particolarità è che, pur colpendo in modo particolare bambini ed anziani, nessuna fascia di età ne è esente in entrambi i sessi. In Piemonte nel 2010 le prestazioni fornite in PS per incidenti domestici sono costate 20.000.887 di euro con un importo medio di 95.92 euro.

Indicazione di priorità

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

Referente tecnico Rosa D'Ambrosio (Epidemiologia ed Educazione Sanitaria ASL TO1)

Soggetti coinvolti

Centro Regionale di riferimento presso ASL TO1, Dipartimento di Prevenzione, Servizi territoriali ed in particolare Consultori Pediatrici e Materno Infantili, Pediatri di Libera Scelta, Scuole dell'Infanzia e Scuole Primarie.

Obiettivo generale

Contribuire al contenimento degli incidenti domestici migliorando il livello di conoscenza e consapevolezza della popolazione rispetto a tale problema.

Obiettivi specifici

1. Continuare il monitoraggio degli accessi al PS degli Ospedali della Regione
2. Ampliare il numero degli insegnanti della scuola dell'infanzia e della scuola primaria formati sui temi della sicurezza in casa
3. Continuare l'informazione alla popolazione nelle occasioni opportune
4. Promuovere l'auto-valutazione dei rischi delle abitazioni mediante la predisposizione di apposito questionario

Azioni strategiche/risultati attesi

1. Monitoraggio

Raccolta ed elaborazione dei dati di PS da parte del Centro Regionale di riferimento, confronto con gli anni precedenti

2. Formazione

Attivare incontri con insegnanti

3. Informazione

Individuare le occasioni opportune in cui distribuire materiale, rafforzare i contatti con gli operatori e i PLS anche con periodici messaggi e-mail

4. Questionario auto compilato

Il gruppo di lavoro regionale lavorerà sulla stesura di un questionario per la rilevazione dei rischi presenti in casa; il questionario verrà validato su un campione di popolazione.

Attività

1. Monitoraggio (Centro Regionale di riferimento)

- a. Accesso alla banca dati dei PS degli Ospedali della Regione
- b. Analisi dei dati per le variabili di controllo sia sulla Regione nel suo complesso che per ASL e per singolo ospedale
- c. Confronto con i dati degli anni precedenti
- d. Stesura del Report
- e. Monitoraggio attraverso lo studio PASSI

2. Formazione (almeno in 8 ASL)

- a. Contatti con le scuole
- b. Incontri con gli insegnanti
- c. Eventuale distribuzione di materiali didattici
- d. Distribuzione di un questionario di monitoraggio degli interventi nelle classi
- e. Analisi dei questionari

3. Informazione (almeno in 8 ASL)

- a. Distribuzione dei materiali informativi attraverso la rete di operatori dei Servizi territoriali coinvolti

4. Elaborazione e sperimentazione del questionario auto compilato (Centro Regionale di riferimento in collaborazione con le ASL)

- a. Riunioni del gruppo regionale
- b. Ricerca di questionari esistenti già validati
- c. Definizione di uno strumento di autovalutazione
- d. Validazione su un campione di famiglie in almeno due ASL

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE

	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
Report regionale sui dati di Pronto Soccorso	Documentazione regionale	Report disponibile
Proseguimento del lavoro con le scuole dell'infanzia	Documentazione regionale	Lavoro con le scuole dell'infanzia in almeno 8 ASL
Validazione del questionario su un campione	Documentazione regionale	Validazione in almeno 2 ASL

2.4.1. PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE PREVENIBILI CON VACCINO SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

L'obiettivo generale di contrasto e riduzione delle malattie infettive richiede interventi locali di popolazione che devono essere coerenti e coordinati con gli obiettivi, le attività e le indicazioni nazionali e internazionali.

La sorveglianza epidemiologica è l'elemento indispensabile per l'individuazione delle priorità, per la programmazione e sua valutazione. Ulteriormente, in molti casi, la sorveglianza epidemiologica costituisce un elemento operativo, articolandosi strettamente con le attività di indagine epidemiologica e le attività di prevenzione e controllo specifiche svolte localmente.

La scelta dei problemi di salute sui quali intervenire è effettuata sulla base di criteri oggettivi: incidenza della malattia, gravità, probabilità di recrudescenze epidemiche, sufficienti conoscenze epidemiologiche e patogenetiche, disponibilità di interventi di prevenzione efficaci.

Proprio in base alla disponibilità di strumenti di prevenzione, si è soliti distinguere tra le malattie prevenibili o controllabili tramite vaccino e quelle per le quali non sono disponibili vaccini efficaci.

Ulteriori classificazioni e conseguenti articolazioni organizzative sono originate da specifiche necessità di intervento e competenza, come ad esempio le malattie e infezioni correlate all'assistenza e quella delle antibioticoresistenze, le zoonosi o le malattie infettive trasmesse dagli alimenti che richiedono la collaborazione tra campo umano, veterinario e talvolta ambientale, oppure alcune attività di screening o di cura ecc.

Nonostante la complessità degli aspetti organizzativi, l'obiettivo generale e quelli specifici di salute sono comuni tra le varie tipologie di intervento e quindi perseguibili solo tramite una gestione integrata e coordinata delle attività.

Nelle schede n. 2.4.1, 2.5.1 e 2.6.1 saranno descritte le malattie a prevenzione vaccinale, le malattie a prevenzione non vaccinale e le malattie e infezioni correlate all'assistenza che, pur condividendo molti elementi e obiettivi, differiscono per aspetti organizzativi, strumenti e metodologia degli interventi di prevenzione e controllo.

Saranno invece trattate nella specifica scheda le malattie infettive trasmesse con gli alimenti, perché parte di programmi dedicati al controllo degli alimenti e di tutte le malattie trasmissibili con essi, e gli interventi per la prevenzione e controllo delle zoonosi attuati dal settore veterinario.

Razionale

La prevenzione delle malattie infettive è un diritto di tutte le persone presenti sul territorio piemontese.

In regione l'offerta vaccinale è assicurata attraverso i servizi delle ASL, collocati nei Dipartimenti di Prevenzioni oppure nei servizi territoriali. Le coperture vaccinali, soprattutto per quanto riguarda le vaccinazioni dell'infanzia, sono elevate, ma si rilevano ancora differenze tra le varie aree della regione. Inoltre, molte persone ad alto rischio per malattie prevenibili con vaccinazione non sono adeguatamente raggiunte dall'offerta vaccinale. Occorre quindi superare le criticità ancora presenti.

Indicazione di priorità

L'eliminazione delle differenze nella protezione verso le malattie prevenibili da vaccino costituisce una priorità per garantire gli obiettivi di salute individuati dalla programmazione regionale.

Referente tecnico Servizio di riferimento regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (SeREMI) ASL AL

Soggetti coinvolti

L'integrazione funzionale di tutti i soggetti coinvolti è strategico rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

Si tratta di avvicinare maggiormente la funzione vaccinale con le funzioni generali di controllo delle malattie infettive con le attività di tutela della salute materno infantile e, più in generale, con le attività di tutela della salute pubblica.

Per questo andranno ricercati contatti e promosse alleanze con il mondo clinico (soprattutto per collaborare alla protezione dei soggetti a maggior rischio), identificati possibili scenari di integrazione trasversale (per promuovere le politiche vaccinali in tutte le articolazioni del SSR),

sperimentate forme di superamento della specificità dei servizi vaccinali attraverso forme di promozione della funzione con delega della erogazione.

Obiettivo generale

Si intendono come obiettivi generali di salute quelli indicati dal Piano Piemontese di Prevenzione Vaccinale che riprende quelli del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), approvato con l'Intesa tra Stato e Regioni del 22 febbraio 2012.

Obiettivi specifici

Superare le differenze territoriali per quanto attiene:

- Offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale al fine del raggiungimento e del mantenimento dei livelli di copertura come indicato dal PPPV
- Offerta attiva e gratuita nei gruppi e rischio delle vaccinazioni prioritarie (come indicato dal PPPV) e sviluppare iniziative per promuovere le vaccinazioni agli operatori sanitari e ai gruppi difficili da raggiungere.
- Garanzia di standard adeguati di sicurezza e qualità nel processo vaccinale.

Azioni strategiche/risultati attesi

• *Sorveglianza*

Monitorare le coperture vaccinali anche tramite il collegamento con le anagrafi vaccinali.

Mantenere le attività di sorveglianza sulle infezioni prevenibili da vaccino anche attraverso la collaborazione dei laboratori.

• *Adesione consapevole e superamento dell'obbligo*

Proseguire nella azione di promozione delle vaccinazioni basata sull'invito attivo e sulla consapevole adesione da parte dei soggetti destinatari degli interventi.

Si conferma la sospensione delle sanzioni amministrative nei casi di rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie e il conseguente protocollo per la gestione dei casi di inadempienza.

• *Programmi coordinati regionali e superamento differenze territoriali*

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi del piano, è necessario che i programmi operativi siano adeguati alle specifiche caratteristiche locali; sarà pertanto richiesta una forte collaborazione fra il Referente Aziendale per le attività Vaccinali (RAV) e Regione (Servizio Regionale di Riferimento - SeREMI).

Nello stesso tempo, una strategia regionale coordinata è più efficace e più vantaggiosa: sarà pertanto formalizzato il nuovo documento strategico regionale PpPv 2013-2015 a recepimento e contestualizzazione del PNP 2013-2015 (Regione).

• *Comunicazione diretta e trasparente*

Le strategie di comunicazione saranno basate anzitutto sull'ascolto e rileveranno le opinioni dei destinatari degli interventi e dei professionisti coinvolti.

Sarà promosso l'aggiornamento dei professionisti sanitari.

Attività

Inchiesta epidemiologica nei casi di infezione batterica invasiva da meningococco, pneumococco, emofilo, morbillo e rosolia congenita.

Convocazione attiva dei minori candidati alla vaccinazione.

Invio fino a 3 solleciti ai non rispondenti.

Verifica dello stato vaccinale del bambino in tutte le occasioni di contatto con le strutture sanitarie regionali e vaccinazione dei ritardatari o i non vaccinati.

Applicazione della procedura di gestione dei casi di inadempienza.

Formalizzazione di un RAV aziendale unico con delega alle funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività ed alla collaborazione con il SeREMI.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE

	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
Copertura a 24 mesi per componente antipolio dell'esavalente		Copertura maggiore o uguale al valore di copertura atteso calcolato probabilisticamente sul triennio precedente
Delibera di approvazione PPPV 2013-2015	Documentazione regionale	Delibera approvata
Esistenza di un RAV aziendale unico e con delega alle funzioni		100% delle ASL

2.5.1. PREVENZIONE DELLE MALATTIE E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

L'obiettivo generale di contrasto e riduzione delle malattie infettive richiede interventi locali di popolazione che devono essere coerenti e coordinati con gli obiettivi, le attività e le indicazioni nazionali e internazionali.

La sorveglianza epidemiologica è l'elemento indispensabile per l'individuazione delle priorità, per la programmazione e sua valutazione. Ulteriormente, in molti casi, la sorveglianza epidemiologica costituisce un elemento operativo, articolandosi strettamente con le attività di indagine epidemiologica e le attività di prevenzione e controllo specifiche svolte localmente.

La scelta dei problemi di salute sui quali intervenire è effettuata sulla base di criteri oggettivi: incidenza della malattia, gravità, probabilità di recrudescenze epidemiche, sufficienti conoscenze epidemiologiche e patogenetiche, disponibilità di interventi di prevenzione efficaci.

Proprio in base alla disponibilità di strumenti di prevenzione, si è soliti distinguere tra le malattie prevenibili o controllabili tramite vaccino e quelle per le quali non sono disponibili vaccini efficaci.

Ulteriori classificazioni e conseguenti articolazioni organizzative sono originate da specifiche necessità di intervento e competenza, come ad esempio le malattie e infezioni correlate all'assistenza e quella delle antibioticoresistenze, le zoonosi o le malattie infettive trasmesse dagli alimenti che richiedono la collaborazione tra campo umano, veterinario e talvolta ambientale, oppure alcune attività di screening o di cura ecc.

Nonostante la complessità degli aspetti organizzativi, l'obiettivo generale e quelli specifici di salute sono comuni tra le varie tipologie di intervento e quindi perseguibili solo tramite una gestione integrata e coordinata delle attività.

Nelle schede n. 2.4.1, 2.5.1 e 2.6.1 saranno descritte le malattie a prevenzione vaccinale, le malattie a prevenzione non vaccinale e le malattie e infezioni correlate all'assistenza che, pur condividendo molti elementi e obiettivi, differiscono per aspetti organizzativi, strumenti e metodologia degli interventi di prevenzione e controllo.

Saranno invece trattate nella specifica scheda le malattie infettive trasmesse con gli alimenti, perché parte di programmi dedicati al controllo degli alimenti e di tutte le malattie trasmissibili con essi, e gli interventi per la prevenzione e controllo delle zoonosi attuati dal settore veterinario.

Razionale

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

È d'altra parte ormai senso comune che le valutazioni e indicazioni nazionali e internazionali siano concordi sulla necessità di un rapido potenziamento e sviluppo delle attività di sorveglianza e prevenzione in questa area. In particolare una forte attenzione dovrebbe essere riservata al problema delle resistenze agli antibiotici, che rischia di diventare per il prossimo futuro una grave emergenza, e che richiede forti politiche di coordinamento tra tutti i servizi sanitari, non solo quelli direttamente dedicati all'assistenza per acuti.

Indicazione di priorità

Come per le altre attività dedicate alla prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili, è prioritario il mantenimento delle attività regionali svolte dalla rete del Rischio Infettivo Correlato all'Assistenza in ambito ospedaliero.

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

<p>Sempre nell’ambito di questa seconda priorità, è necessario proseguire nel miglioramento delle attività di sorveglianza, come anche indicato recentemente a livello nazionale per l’integrazione ospedale-territorio delle informazioni sulla diffusione di alcune antibioticoresistenze.</p> <p>Referente tecnico Carla Zotti (Università di Torino)</p> <p>Soggetti coinvolti Gruppo di lavoro Infezioni Correlate all’Assistenza, SeREMI, Direzioni Sanitarie delle ASL e ASO, Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri, Unità di Rischio Clinico e Infettivo, Laboratori di microbiologia e virologia locali e di riferimento regionale, Reparti e servizi ospedalieri, Dipartimento di Prevenzione, Servizi di Prevenzione e Protezione, Medici competenti, Centro di Riferimento per la Tubercolosi.</p>
<p>Obiettivo generale Mantenere nei limiti dell’atteso l’incidenza delle malattie delle infezioni correlate all’assistenza.</p>
<p>Obiettivi specifici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Controllo delle infezioni correlate all’assistenza 2) Controllo delle antibioticoresistenze
<p>Azioni strategiche/risultati attesi</p> <p><i>Sorveglianza</i> Mantenimento degli standard attuali delle attività di sorveglianza delle ICA e dell’antibiotico-resistenza secondo i tempi ed i modi previsti dagli indicatori regionali</p>
<p>Attività</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miglioramento della rete ospedale-territorio 2. Implementazione delle misure di controllo delle infezioni correlate all’assistenza 3. Antibioticoresistenze e coordinamento con territorio

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE		
	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
<i>Antibioticoresistenze e coordinamento con territorio:</i> Conduzione di uno studio di prevalenza delle ICA in una RSA per ogni ASL N. studi effettuati / N. ASL		90%
<i>Sepsi CVC correlate e per VAP in pz. Ventilati:</i> N. terapie intensive con disponibilità dei dati / N. Terapie intensive regionali		90%

2.6.1. PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE PER LE QUALI NON VI È DISPONIBILITÀ DI VACCINAZIONI

SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

L'obiettivo generale di contrasto e riduzione delle malattie infettive richiede interventi locali di popolazione che devono essere coerenti e coordinati con gli obiettivi, le attività e le indicazioni nazionali e internazionali.

La sorveglianza epidemiologica è l'elemento indispensabile per l'individuazione delle priorità, per la programmazione e sua valutazione. Ulteriormente, in molti casi, la sorveglianza epidemiologica costituisce un elemento operativo, articolandosi strettamente con le attività di indagine epidemiologica e le attività di prevenzione e controllo specifiche svolte localmente.

La scelta dei problemi di salute sui quali intervenire è effettuata sulla base di criteri oggettivi: incidenza della malattia, gravità, probabilità di recrudescenze epidemiche, sufficienti conoscenze epidemiologiche e patogenetiche, disponibilità di interventi di prevenzione efficaci.

Proprio in base alla disponibilità di strumenti di prevenzione, si è soliti distinguere tra le malattie prevenibili o controllabili tramite vaccino e quelle per le quali non sono disponibili vaccini efficaci.

Ulteriori classificazioni e conseguenti articolazioni organizzative sono originate da specifiche necessità di intervento e competenza, come ad esempio le malattie e infezioni correlate all'assistenza e quella delle antibioticoresistenze, le zoonosi o le malattie infettive trasmesse dagli alimenti che richiedono la collaborazione tra campo umano, veterinario e talvolta ambientale, oppure alcune attività di screening o di cura ecc.

Nonostante la complessità degli aspetti organizzativi, l'obiettivo generale e quelli specifici di salute sono comuni tra le varie tipologie di intervento e quindi perseguibili solo tramite una gestione integrata e coordinata delle attività.

Nelle schede n. 2.4.1, 2.5.1 e 2.6.1 saranno descritte le malattie a prevenzione vaccinale, le malattie a prevenzione non vaccinale e le malattie e infezioni correlate all'assistenza che, pur condividendo molti elementi e obiettivi, differiscono per aspetti organizzativi, strumenti e metodologia degli interventi di prevenzione e controllo.

Saranno invece trattate nella specifica scheda le malattie infettive trasmesse con gli alimenti, perché parte di programmi dedicati al controllo degli alimenti e di tutte le malattie trasmissibili con essi, e gli interventi per la prevenzione e controllo delle zoonosi attuati dal settore veterinario.

Razionale

Le malattie infettive a prevenzione non vaccinale rappresentano un insieme vasto ma disomogeneo all'interno del quale si riconoscono infezioni endemiche ed epidemiche, malattie di importazione e patogeni emergenti. Non essendo disponibile per tali patologie un vaccino efficace, le strategie e le attività sono articolate in modo differente, in base a presenza ed efficacia degli strumenti di prevenzione e controllo disponibili e dei meccanismi di trasmissione sui quali è utile intervenire per contrastarne la diffusione.

I sistemi di sorveglianza sono complessivamente soddisfacenti. Il sistema nazionale di notifica e delle sorveglianze speciali è consolidato e soddisfa i continui sviluppi richiesti dagli obblighi informativi. All'interno di questo sistema si intersecano sistemi di sorveglianza specifici (Infezioni Correlate all'Assistenza MST-HIV, MTA, Zoonosi, Epatiti, Medicina dei Viaggi) che spesso osservano oggetti comuni da differenti punti di vista.

Ugualmente, le attività di prevenzione e controllo – che nel tempo hanno già selezionato ed eliminato molte pratiche inefficaci – risultano sufficientemente consolidate e dinamiche ma potrebbero essere migliorate nel coordinamento e integrazione delle specifiche attività svolte dalle diverse articolazioni organizzative.

La programmazione specifica per i diversi oggetti risponde alle richieste e indicazioni provenienti dalla programmazione nazionale. In questo caso è però maggiormente evidente una carenza di coordinamento tra differenti attori che rende meno agevole una visione complessiva e l'articolazione delle priorità generali nella prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccini.

Indicazione di priorità

In seguito alla diminuzione di risorse destinate alla sanità negli ultimi anni, oggi si rileva una carenza di risorse – anche umane – in alcune aree di attività.

Poiché è prevedibile che le carenze possano aumentare in futuro, la programmazione deve prevedere come priorità:

- il mantenimento delle attività di sorveglianza, degli strumenti indispensabili per la programmazione, il loro aggiornamento alle richieste ed indicazioni nazionali e – ove possibile – il miglioramento della loro efficienza e integrazione;
- specifiche attività di prevenzione e controllo che soddisfino le indicazioni della programmazione nazionale, concentrando le attività nei confronti di quelle malattie o gruppi di malattie che determinano maggior danno per la salute pubblica (es. mortalità, incidenza, letalità, gravità e impatto sui servizi sanitari) e per le quali esistano prove di efficacia degli interventi.

Referente tecnico Servizio di riferimento regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (SeREMI) ASL AL

Soggetti coinvolti

SeREMI, Dipartimento di Prevenzione (servizi medici e veterinari), Centro di Riferimento per la Tuberculosis, Centri ISI, Medicina Penitenziaria, Consultori, Gruppo di lavoro Infezioni Correlate all'Assistenza, Direzioni Sanitarie delle ASL e ASO, Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri, Unità di Rischio Clinico e Infettivo, Laboratori di microbiologia e virologia locali e di riferimento regionale, Servizi di Prevenzione e Protezione, Medici competenti, Reparti e servizi ospedalieri (Pronto soccorso, Laboratorio Analisi, Pneumologia, Malattie Infettive).

Obiettivo generale

Obiettivi generali per le malattie per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni:

- Mantenere nei limiti dell'atteso l'incidenza delle malattie infettive per le quali esistono strumenti efficaci per la prevenzione e il controllo
- Monitorare l'incidenza delle malattie per le quali non esistono attualmente strumenti efficaci di prevenzione e controllo

Obiettivi specifici

- 1) Controllo della diffusione della malattia tubercolare
- 2) Controllo della legionellosi
- 3) Controllo della diffusione delle MST e HIV
- 4) Controllo delle malattie da importazione o patogeni emergenti
- 5) Gestione delle urgenze e delle emergenze

Azioni strategiche/risultati attesi

- 1) *Sorveglianza*
 - a) Mantenimento degli standard attuali delle attività di sorveglianza SIMI secondo i tempi ed i modi previsti
 - b) Prosecuzione dello sviluppo del sistema informativo per la notifica e sorveglianza speciale delle malattie infettive (azione centrale)
- 2) *TB*
 - a) Mantenimento degli standard diagnostici attuali
 - b) Mantenimento degli standard attuali per la prevenzione della malattia tra i contatti

<p>c) Mantenimento degli standard attuali per la prevenzione della TB in ambito ospedaliero</p> <p>3) <i>Legionellosi</i> Attivazione della riorganizzazione regionale dei controlli ambientali in presenza di caso di polmonite da legionella</p> <p>4) <i>MST e HIV</i> Mantenimento delle attività della rete dedicata alla diagnosi, cura e prevenzione delle MST e della rete di sorveglianza dell'HIV</p> <p>5) <i>Antibioticoresistenze</i> Informatizzazione della sorveglianza delle CPE con disponibilità di accesso al sistema da parte delle Direzioni Sanitarie ospedaliere e degli operatori del Rischio infettivo (azione centrale)</p> <p>6) <i>Malattie da importazione o patogeni emergenti</i> Mantenimento degli standard attuali dell'ambulatorio viaggi</p>
<p>Attività</p> <p>1) <i>Sorveglianza</i> informatizzazione o aggiornamento di alcune sorveglianze speciali: Malaria, Legionellosi, Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi, Morbillo/Rosolia, Influenza Grave (azione centrale)</p> <p>2) <i>TB</i> a) Progettazione, informatizzazione e test preliminari della sorveglianza dei contatti di caso di tubercolosi (azione centrale) b) Elaborazione documento di indicazioni regionali per la ricerca e il trattamento della ITBL tra i contatti di caso di Tb (azione centrale)</p> <p>3) <i>Legionellosi</i> a) Formazione degli operatori sulle metodologie di campionamento ambientale</p> <p>4) <i>MST-HIV</i> Descrizione dell'attività regionale a) Analisi degli andamenti delle IST b) Analisi degli andamenti dell'HIV</p> <p>5) <i>Antibioticoresistenze</i> Partecipazione al corso di formazione sulla sorveglianza prevenzione e controllo della diffusione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi</p> <p>6) <i>Malattie da importazione</i> Partecipazione al corso di formazione regionale per l'aggiornamento e sulla terapia antimalarica.</p>

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE		
	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
<i>Tubercolosi</i> : Mantenimento degli standard diagnostici attuali N. colture eseguite / N. casi di Tb respiratoria	Sistema regionale di notifica e sorveglianze speciali delle malattie infettive	90%
<i>Antibioticoresistenze</i> : informatizzazione della sorveglianza delle CPE con disponibilità di accesso al sistema da parte delle Direzioni Sanitarie ospedaliere e degli operatori del Rischio infettivo (azione centrale).	Sito web e attivazione degli accessi	Adozione e disponibilità del sistema informatizzato

2.7.1. PREVENZIONE DEI RISCHI IN AMBIENTI DI VITA

SCHEMA DI PROGRAMMA 2013

Razionale

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.

Ai fini della programmazione delle attività i rischi presenti in ambiente di vita possono essere grossolanamente schematizzati in tre importanti macro-ambiti:

1. Rischi collegati all'ambiente indoor (domestico, strutture ricettive, scolastiche, socio-assistenziali, ricreative, carcerarie, ecc.): si tratta di rischi legati alla sicurezza strutturale ed impiantistica, alla sicurezza e salubrità degli oggetti che vengono a contatto delle persone (vestiario, giocattoli, attrezzature di uso domestico, ecc.) all'inquinamento chimico, fisico e biologico, ai comportamenti individuali e/o organizzativi che sono affrontati per lo più dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica attraverso attività istituzionali e consolidate (pratiche edilizie / autorizzative, vigilanza, campionamento). Tra queste attività si trovano pratiche ormai obsolete, difficilmente sostenibili e possibilmente inutili.
2. Rischi collegati all'ambiente outdoor: il controllo di questi rischi (inquinamento chimico, fisico e biologico) e dei relativi percorsi di esposizione (diffusione aerea, alimentazione, bioaccumulo, ecc.) risiede per lo più a monte dell'organizzazione ASL (salute in tutte le politiche) e richiede pertanto approcci fortemente integrati.
3. Rischi collegati alle "attività sulla persona" (cosmesi, cura del corpo, tatuaggio, ecc.): soprattutto in questa categoria si collocano i cosiddetti "rischi emergenti" legati alla produzione e commercializzazione globale di prodotti nuovi o che sfuggono ai canali tradizionali del controllo (pigmenti per tatuaggio, cosmetici contraffatti...), proposte pseudo-terapeutiche (massaggi, grotte del sale, sigarette elettroniche...).

Indicazione di priorità

Il PRP delinea le principali linee strategiche da perseguire nell'arco di vigenza del Piano. Per il 2013 si individuano le seguenti priorità:

Priorità generali:

- ✓ Riorientare i sistemi di vigilanza e controllo in base alla graduazione del rischio.

Per quanto attiene il punto 1 (Rischi collegati all'ambiente indoor):

- ✓ Individuare e scoraggiare / ridefinire pratiche obsolete.

Per quanto attiene il punto 2 (Rischi collegati all'ambiente outdoor):

- ✓ Aumentare la capacità delle ASL e dell'ARPA di operare in modo integrato tra di loro e con le altre istituzioni locali (ad es. IZS).
- ✓ 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.
- ✓ Irrobustire il sistema di comunicazione del rischio.

Per quanto attiene il punto 3 (Rischi collegati alle "attività sulla persona"):

- ✓ Ridimensionare il tasso di ritualizzazione degli interventi ed elevare invece la capacità di cogliere i

mutamenti e l'insorgere di nuovi rischi. ✓ Formazione degli operatori sulle nuove normative inerenti le apparecchiature estetiche di cui al DM 110/2011 e sui cosmetici di cui al nuovo Regolamento (CE) 1223/2009.		
Referente tecnico Paolo Laurenti (Direzione Integrata Prevenzione ASL TO3), Ennio Cadum (ARPA Piemonte), Giuseppe Ru (Istituto Zooprofilattico Sperimentale Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta)		
Soggetti coinvolti Regione, Provincie, Comuni, ARPA, IZS, CPO, Dipartimento di Prevenzione (tutti i servizi medici e veterinari), Università, Centro anti-doping.		
Obiettivo generale Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici. Contenimento dei rischi derivanti dall'impatto ambientale degli insediamenti produttivi (emissioni, scarichi, rifiuti).		
Obiettivi specifici ✓ Migliorare la conoscenza dei rischi ambientali ✓ Sorvegliare e porre sotto controllo i rischi per la salute derivanti da determinanti presenti negli ambienti di vita secondo priorità ✓ Migliorare la gestione del sistema di allerta ✓ Governo condiviso sanità/ambiente delle attività di prevenzione dai rischi correlati all'amianto		
Azioni strategiche/risultati attesi Alla luce delle priorità nel 2013 saranno proseguite alcune azioni già iniziate negli anni precedenti:		
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 inclusi quelli inerenti i contaminati alimentari. Proseguimento nella costruzione di sistemi informativi ambientali e sanitari integrati	Messa a disposizione di mappe sui principali rischi ambientali e (es. diossine e PCB) in grado di orientare i controlli (ex progetto 2.7.2). Migrazione a un formato relazionale del database sui contaminanti cancerogeni di matrici alimentari	Orientamento degli interventi di sorveglianza, vigilanza e controllo alla luce dei sistemi informativi costruiti a livello regionale e delle mappe predisposte
Piano di attività di biomonitoraggio sugli animali o loro produzioni	Pianificazione dell'attività da svolgere nel 2013 e comunicazione ai soggetti interessati (Servizi veterinari coinvolti, IZS)	Identificazione delle aziende da controllare e svolgimento dell'attività di campionamento prevista.
Piano di attività di biomonitoraggio sulle matrici alimentari nelle aree a contaminazione nota	Pianificazione di campagna di monitoraggio (Val Susa e Vercellese) o in quelle inserite nel Piano SIN del Ministero della Salute	Per le ASL direttamente coinvolte realizzazione delle campagne di controllo indicate dal livello regionale
Sviluppo metodologico delle Valutazioni di Impatto sulla Salute (VIS) e di risk assessment in campo ambientale-sanitario	Diffusione delle procedure di valutazione integrata di impatto ambientale e sulla salute predisposte negli anni precedenti nell'ambito dei progetti specifici PRP e sostegno alla loro applicazione routinaria	Utilizzo delle linee guida e delle procedure di valutazione nelle sedi previste a supporto delle istituzioni locali nelle commissioni/conferenze di servizio, tavoli di lavoro finalizzati al controllo dell'impatto ambiente-salute

Controllo rischi connessi con l'impiego di prodotti non sicuri, sostanze chimiche e agenti fisici in particolari ambiti della vita quotidiana	Proseguimento delle attività di governo, a livello regionale, per quanto riguarda REACH. Riordino del sistema RAPEX. Formazione	Predisposizione e realizzazione del programma annuale di vigilanza e controllo (es. produzione cosmetici, attività di cura del corpo, tatuaggio e piercing, ecc.). Individuazione dei referenti RAPEX di ASL e attuazione degli interventi in caso di allerta
Attuazione di quanto previsto dalle indicazioni regionali sul problema "Amianto"	Il Comitato di Direzione Amianto definirà indirizzi operativi per le ASL, l'ARPA e i cittadini in merito alle varie problematiche legate al rischio amianto (censimento, autorimozione, bonifica, gestione esposti, ecc.)	Recepimento e attuazione delle direttive provenienti dal livello regionale
Identificare, ristrutturare o eliminare le pratiche inefficaci o inappropriate	Predisposizione e diffusione alle ASL di indicazioni sulla rimodulazione di attività obsolete	Attuazione delle indicazioni regionali

Attività

A livello regionale (attività prioritarie):

- ✓ Istituzione di gruppo di lavoro per la presa d'atto delle informazioni suggerite dalle mappe e avvio di indagini di approfondimento sulla plausibilità delle segnalazioni di pericolo per le catene alimentari anche attraverso gruppi di lavoro dedicati.
- ✓ Diffusione del materiale relativo alla distribuzione dei potenziali pericoli chimici per le catene alimentari (mappe di rischio).
- ✓ Pianificazione delle attività di biomonitoraggio su aree a contaminazione nota da diossine e PCB diossino-simili.
- ✓ Traslazione in ambiente MS Access del database sui contaminanti cancerogeni di alimenti a matrici alimentari.
- ✓ Costruzione del nodo RAPEX.
- ✓ Saranno rimodulate alcune pratiche ritenute obsolete (es. Commissioni di pubblico spettacolo, per le quali può essere rivista la graduazione nella tipologia di operatore che deve intervenire - dirigente medico o TPALL).

A livello locale

- ✓ Individuazione dei referenti RAPEX locali.
- ✓ Pianificazione delle attività di vigilanza e controllo secondo priorità definite a livello locale con le modalità consolidate.
- ✓ Mantenimento degli standard consolidati nelle attività istituzionali.
- ✓ Partecipazione a commissioni/conferenze di servizio, tavoli di lavoro a supporto alle istituzioni locali anche alla luce delle indicazioni che verranno elaborate a livello regionale.
- ✓ Attuazione del protocollo regionale per la gestione degli esposti relativi alla presenza di coperture in cemento amianto da parte di SISP, SPreSAL, ARPA e amministrazioni comunali.
- ✓ Partecipazione agli eventi formativi regionali.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE

	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
N. "alert" a cui è stato dato seguito nelle ASL / n. "alert" diffusi da Regione su prodotti non sicuri	Relazioni scritte da parte delle ASL a conclusione di ogni episodio	80%
Realizzazione delle campagne di biomonitoraggio ambientale previste	Rendicontazione regionale dell'attività svolta	80%

2.8.1. SICUREZZA ALIMENTARE SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

Razionale

Migliorare la qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e le garanzie di tutela della salute dei consumatori sono obiettivi chiave dei programmi di sicurezza alimentare. Tali programmi, dovendo perseguire obiettivi più generali di garanzia della leale concorrenza negli scambi commerciali e di mantenimento della fiducia nel sistema degli approvvigionamenti alimentari, devono attenersi ed applicare gli indirizzi e le regole decise in ambito comunitario adottando azioni di controllo coerenti con tali riferimenti. Rimane tuttavia importante che le azioni di prevenzione adottate nell'ambito della sicurezza alimentare abbiano un esplicito riferimento ad obiettivi di salute e una costante verifica e comunicazione dei risultati raggiunti.

Come noto il sistema di garanzie della sicurezza alimentare si basa sul ruolo e la responsabilità delle imprese alimentari che devono adottare i principi della valutazione del rischio per individuare correttamente i pericoli, le priorità di intervento, la graduazione delle misure adottate. Il sistema dei controlli deve sostenere e verificare tale fondamentale impegno con una analisi/aggiornamento dei determinanti di rischio e la verifica della efficacia delle misure adottate. L'analisi del rischio non deve limitarsi ovviamente alla sola valutazione delle probabilità che gli innumerevoli pericoli biologici, chimici e fisici possano costituire un rischio per i consumatori, ma comporta anche la definizione delle strategie di gestione dei rischi e le scelte di comunicazione degli stessi alle imprese alimentari ed alla popolazione generale per evitare allarmismi o minimizzazioni pericolose.

In Piemonte, in linea con il trend di questi ultimi anni, viene evidenziata una diminuzione degli episodi di MTA (report 2011) e delle positività per enteropatogeni registrate nei laboratori di microbiologia clinica. Analogamente esiste una bassa percentuale di positività per microrganismi patogeni e contaminanti nei campioni di alimenti prelevati nell'ambito del controllo ufficiale. I prodotti di origine animale sono riscontrati più frequentemente tra gli alimenti sospetti nello sviluppo dei focolai di tossinfezione (i prodotti della pesca nel 24% dei casi e i prodotti carnei nel 19% dei casi) e questo implica il mantenimento di una attenzione su queste filiere. Spesso però gli episodi di MTA si verificano a casa (52%) o nella ristorazione pubblica (33%) e anche i dati provenienti dagli USA stanno rivalutando il ruolo del "retail" inteso come attività di preparazione di alimenti per la vendita o la somministrazione al consumatore finale, attribuendo a errori in tale fase circa il 15% degli episodi di tossinfezione o intossicazione alimentare. Una adeguata informazione/formazione indirizzata ai consumatori o agli operatori di alcune tipologie di imprese alimentari a maggiore rischio appare determinante per una più consapevole assunzione di comportamenti corretti ed una migliore gestione dei rischi legati alla manipolazione di alimenti. Anche le attività di sorveglianza e controllo ufficiale dovrebbero considerare con più attenzione i determinanti di rischio comportamentali in alcune tipologie di piccole imprese monitorandoli con più attenzione e sostenendone un positivo cambiamento con azioni efficaci.

Occorre infine considerare l'attualità e la rilevanza del rischio nutrizionale attribuibile alla qualità dell'offerta alimentare verso cui occorre indirizzare una particolare attenzione.

Priorità

Attuazione del Piano integrato di sicurezza alimentare con particolare attenzione all'uniformità, efficacia ed appropriatezza dei controlli.

Sostegno alle imprese alimentari e alla produzione primaria nel processo di miglioramento della valutazione e gestione del rischio.

Mantenimento e gestione efficace dei sistemi di sorveglianza MTA e allerta.

Semplificazione delle procedure di gestione del rischio nelle microimprese e attenzione ai fattori di rischio comportamentali.

Adozione di programmi di comunicazione efficace sulla valutazione e gestione dei determinanti di rischio alle imprese, associazioni di categoria e popolazione generale.

Migliorare la capacità di gestione dei rischi nutrizionali finalizzata al miglioramento della qualità dell'offerta alimentare e a favorire la capacità di scelta dei consumatori.

Referente tecnico Marcello Caputo (Direzione integrata prevenzione ASL CN1), Bartolomeo Griglio (Servizio Veterinario area B ASL TO5), Giuseppe Ru (Istituto Zooprofilattico Sperimentale Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta)

Soggetti coinvolti

Livello regionale: Settore Prevenzione e Veterinaria, IZS, ARPA, Direzioni regionali Agricoltura, Ambiente, Commercio, Organi di controllo (NAS, repressione frodi, ...), associazioni di categoria.

Livello Locale: Dipartimento di Prevenzione (Sian e Servizi veterinari Area A B C, SISP), Laboratori di Microbiologia clinica, associazioni di categoria.

Obiettivo generale

Migliorare la qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e le garanzie di salute legate al consumo di alimenti

Obiettivi specifici

1. Sorvegliare e mantenere sui livelli attesi l'incidenza delle MTA
2. Migliorare la valutazione e gestione del rischio nelle filiere alimentari compresa la produzione primaria ed i mangimi
3. Migliorare la gestione dei fattori di rischio comportamentali e "ambientali" nelle microimprese ed in particolare nella ristorazione pubblica e vendita ad dettaglio (retail)
4. Informazione/comunicazione alla popolazione generale per migliorare le conoscenze sui determinanti di rischio comportamentali ed ambientali nel contesto domestico
5. Miglioramento della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare con particolare riferimento alla ristorazione scolastica ed assistenziale

Azioni strategiche/risultati attesi

1.
 - Attuazione del Piano regionale integrato sicurezza alimentare
 - Mantenimento e miglioramento del sistema di sorveglianza e gestione delle MTA
 - Mantenimento e gestione efficace del sistema di allerta
2.
 - Uniformità, coordinamento, efficienza e miglioramento della qualità dei servizi di sicurezza alimentare.
 - Formazione operatori
3.
 - Applicazione delle linee di indirizzo per la semplificazione della gestione del rischio nella microimpresa
4.
 - Azioni di comunicazione alle associazioni di categoria/ popolazione generale
5.
 - Azioni di sorveglianza e prevenzione nutrizionale

<i>Attività previste</i>	
Regione	ASL
1. Definizione e invio alle ASL del Piano regionale integrato di sicurezza alimentare. Valutazione dei livelli di coerenza nei PAISA e nelle relazioni di attività. 2. Prosecuzione aggiornamento procedure e audit servizi. Programmazione ed effettuazione audit di sistema e settore nelle ASL. 3. Revisione della scheda valutazione del rischio (SIAN, SVET); predisposizione di un protocollo operativo sulla filiera avicunicola (area A, B e C); predisposizione di un protocollo sulla corretta gestione della macellazione d'urgenza (area A, B e C). 4. Comunicazione: strutturare format per le azioni di comunicazione alle imprese, associazioni, popolazione generale. 5. Coordinamento delle iniziative di formazione attivate dalle ASL. 6. Implementazione gestione Allerta con ausilio PMPPV. 7. Maggiore copertura della vigilanza su vecchie e nuove tipologie di distribuzione dell'acqua. 8. Definizione di indirizzi e sostegno all'attuazione dei programmi di prevenzione in ambito nutrizionale.	1. Definizione da parte del gruppo di lavoro aziendale del PAISA degli indirizzi per l'attuazione delle azioni previste. Attuazione delle attività programmate nel PAISA. 2. Prosecuzione del processo di miglioramento della qualità dei servizi e programmazione ed effettuazione audit interni. 3. Predisporre almeno una procedura di attività integrata (SIAN, SVET); individuare almeno un settore di attività che venga gestito da servizi diversi da quello titolare della competenza; integrazione dei SIAN, SVET per attività di campionamento. 4. Organizzare incontri a livello locale sulla base di indirizzi regionali. 5. Organizzare un evento formativo fruibile da operatori di tutte le ASL del territorio regionale. 6. Implementazione procedure e messa a regime del nodo allerta aziendale. 7. Prosecuzione dei controlli inerenti il rischio acqua le imprese alimentari e inizio di quelli inerenti le "cassette dell'acqua". 8. Attuazione dei programmi.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE		
	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
1. Attuazione del PRISA. a) Recepimento indirizzi regionali: azioni recepite nel PAISA/ azioni previste nel PRISA	Evidenza documentale derivante dalla valutazione regionale delle programmazioni PAISA, valutazione regionale delle relazioni di attività PAISA e dai risultati degli audit di sistema interni ed esterni	Almeno 70% in ogni ASL
b) Attuazione programmazione locale: azioni attuate nell'ASL /azioni previste dal PAISA		80% in ogni ASL
2 Attuazione nelle ASL di eventi formativi coerenti con la programmazione regionale (uno per ASL aperto ad operatori delle ASL piemontesi) Eventi formativi accreditati ECM /eventi previsti	Sito regionale ECM	Almeno 8 eventi accreditati ECM su 12 previsti

2.9.1. SORVEGLIANZE DI POPOLAZIONE

SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

Razionale

Circa l'86% dei decessi e il 77% del carico di malattia rilevati nella Regione europea dell'OMS sono riconducibili a malattie croniche e gran parte di questi effetti sono prevenibili in quanto legati a fattori di rischio modificabili quali fumo di sigaretta, ipertensione, inattività fisica, consumo di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, eccesso ponderale, ipercolesterolemia, mancata effettuazione di screening oncologici. Le sorveglianze di popolazione raccolgono e mettono a disposizione tempestivamente informazioni relative alla diffusione di questi fattori di rischio, all'estensione degli interventi di prevenzione messi in atto per contrastarli e alla loro percezione da parte della popolazione.

La realizzazione e la messa a regime delle sorveglianze di popolazione sono state considerate condizione "ex ante" l'approvazione dei Piani Regionali di Prevenzione nell'atto di Intesa Stato e Regioni dell'aprile 2010 in quanto considerate strumenti operativi per la programmazione sanitaria regionale e locale; il rafforzamento delle azioni di sorveglianza, monitoraggio e valutazione è uno dei quattro settori prioritari della strategia OMS del Piano d'azione 2012-2016 per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche non trasmissibili.

Attraverso le sorveglianze di popolazione gli operatori sanitari si mettono "in ascolto" della persone interrogandole direttamente. Stato di salute, comportamenti a rischio ed impatto delle attività di prevenzione sono indagati nella popolazione adulta con interviste telefoniche o "faccia a faccia", se necessario, per i più anziani, mentre le sorveglianze nella popolazione giovanile vengono realizzate in ambito scolastico con questionari compilati da alunni, genitori e direttori didattici e con la misurazione di peso e altezza degli studenti.

La possibilità di monitorare l'andamento temporale dei fenomeni in studio e di effettuare confronti territoriali intra ed extra regionali fa sì che le sorveglianze facilitino l'individuazione di risposte adeguate alle esigenze esistenti da parte dei vari livelli del sistema sanitario in quanto consentono di effettuare valutazioni e di identificare priorità.

Indicazione di priorità**Raccolta dei dati con personale formato**

Realizzare le sorveglianze implica innanzitutto la raccolta di dati con personale appositamente formato, come azione inserita in un più ampio contesto di attività epidemiologiche (estrazione del campione rappresentativo della popolazione, monitoraggio e controllo della qualità dei dati, analisi e predisposizione dei risultati). Nel 2013 l'effettuazione delle interviste PASSI con personale formato costituisce una priorità sia per le difficoltà osservate in alcune ASL a realizzare la sorveglianza con indicatori di processo di buona qualità sia per il ricambio degli intervistatori sia perché nonostante le offerte formative regionali (fino al 2011) e nazionale (nel 2012) non tutti risultavano avere effettuato corsi ufficiali. Nel 2013 questo bisogno formativo può essere ancora coperto con il corso nazionale FAD accreditato.

Attività di coordinamento regionale e locale a supporto delle sorveglianze

La natura delle sorveglianze, "trasversale" alle strutture aziendali, rende importante una definizione chiara dei compiti di coordinamento sia a livello regionale che locale con una identificazione delle risorse da destinare a tali compiti. Il perseguimento di tale obiettivo rimane una priorità per continuare a garantire la realizzazione delle attività programmate a livello nazionale.

Utilizzo dei risultati

L'utilizzo delle informazioni derivanti dalle sorveglianze a fini di valutazione e programmazione è l'altro fronte essenziale di attività delle sorveglianze. La restituzione dei risultati e il coinvolgimento dei portatori di interesse costituisce un altro elemento di priorità per il 2013, soprattutto nell'ipotesi

<p>di una programmazione di più ampio respiro.</p> <p>Referente tecnico Maria Chiara Antoniotti (Servizio sovrazonale di Epidemiologia ASL NO)</p>
<p>Soggetti coinvolti</p> <p><i>Livello regionale:</i> Settore Regionale Prevenzione e Veterinaria, CORP, Gruppo di lavoro regionale per la gestione e valorizzazione delle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza individuato (rif. DD 1044 del 30/12/2011), SSEPI ASL NO (al quale il PRP 2010-2012 assegna il coordinamento delle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento).</p> <p><i>Livello aziendale:</i> Funzione/struttura Direzione Integrata della Prevenzione e/o coordinamento del PLP, Epidemiologia, Promozione della salute; strutture del Dipartimento di Prevenzione, Direzione aziendale, altre strutture aziendali che si occupano delle problematiche indagate dalle sorveglianze (es: stili di vita, disassuefazione da tabacco, alcol e sicurezza stradale, screening oncologici, salute mentale, rischio cardiovascolare, educazione sessuale, ecc.).</p>
<p>Obiettivo generale</p> <p>Realizzare le sorveglianze di popolazione per programmare e valutare gli interventi di prevenzione.</p>
<p>Obiettivi specifici</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinamento regionale e locale 2. Formazione del personale che effettua la raccolta dei dati 3. Raccolta dei dati 4. Analisi dei dati raccolti nel 2012 5. Messa a disposizione dei risultati
<p>Azioni strategiche/risultati attesi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguire Corso FAD da parte degli operatori PASSI 2013 del Piemonte che non lo abbiano ancora effettuato. <i>(livello locale)</i> 2. Effettuare 3300 interviste PASSI (275 per 12 ASL) <i>(livello locale)</i> 3. Elaborare i risultati 2012 relativi a OKkio, PASSI e PDA. Per risultato si intende la produzione di report o scheda tematica o altro documento su argomenti della sorveglianza <i>(OKkio e PASSI livello regionale e locale; PDA livello regionale e ASL TO2)</i> 4. Presentare i risultati delle sorveglianze a decisori e portatori di interesse <i>(livello regionale e locale)</i>

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE		
	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
Effettuazione interviste PASSI <u>n. interviste effettuate</u> 3.300	Monitoraggio on line Passi-Dati	75%
Disponibilità al 31/12/2013 di risultati 2012 relativi a OKkio, PASSI e PDA sul sito regionale	Sito regionale	Sul sito regionale almeno 1 risultato di ciascuna sorveglianza
Incontri di presentazione dei risultati entro 31/12/2013	Documentazione regionale	Almeno 1 nel 2013

2.9.2. PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI NELLE COMUNITÀ DI VITA E DI LAVORO

SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

Razionale

“Gli ambienti favorevoli alla salute offrono agli individui una protezione dalle minacce per la salute e li rendono in grado di migliorare le proprie capacità e di accrescere la fiducia in se stessi rispetto al tema della salute. Questi ambienti comprendono il luogo in cui gli individui vivono, lavorano e trascorrono il tempo libero, la loro comunità locale, la loro casa, l’accesso alle risorse sanitarie e le opportunità di empowerment” (Glossario OMS della promozione della salute, 1998). Pertanto è importante creare opportunità per incoraggiare e sostenere la popolazione nell’adottare e/o nel mantenere stili di vita salutari.

Indicazioni di priorità

- aumentare/sostenere la pratica dell’attività fisica quotidiana secondo i livelli raccomandati;
- alimentazione sana: miglioramento dell’offerta alimentare (riduzione contenuto sale nel pane, miglioramento della qualità nutrizionale dei menù nella ristorazione collettiva e nei ristoranti, miglioramento della disponibilità e riconoscibilità di alimenti salutari nei distributori automatici di alimenti);
- promozione del benessere mediante il sostegno alla genitorialità nei primi anni di vita.

Referente tecnico Maria Teresa Revello (Regione Piemonte), Elena Coffano (DoRS)

Soggetti coinvolti

- Popolazione adulta e ultra64enne,
- Servizi specialistici delle ASL: SIAN, SPRESAL, Medicina dello Sport, Centri di Salute Mentale,
- Rete Attività fisica Piemonte (RAP),
- DoRS,
- Aziende.

Obiettivo generale

Migliorare lo stile di vita della comunità attraverso la promozione di comportamenti salutari (corretta attività fisica, sana alimentazione e benessere) e il miglioramento del “contesto ambientale”

Obiettivi specifici

- Promozione dell’attività fisica: aumentare/sostenere l’attività fisica quotidiana praticata dalla popolazione adulta e ultra64enne.
- Alimentazione sana: migliorare la disponibilità e riconoscibilità di alimenti salutari nelle mense, ristoranti, distributori automatici di alimenti.
- Promozione del benessere: sostenere la genitorialità nei primi anni di vita

Azioni strategiche/risultati attesi

Promozione dell’attività fisica:

- promuovere il cammino, attività spontanea e accessibile, attraverso dei walking program, come modalità per contribuire a raggiungere i livelli di attività fisica raccomandata per fascia di età (OMS, 2010);
- elaborare un modello per la progettazione e la valutazione degli interventi di promozione dell’attività fisica nel setting ambiente di lavoro.

Alimentazione sana: accordi quadro e progetti pilota con associazioni e imprese alimentari per il miglioramento dell'offerta alimentare per:

- riduzione del contenuto di sale nel pane
- miglioramento della qualità nutrizionale dei menu nella ristorazione collettiva e nei ristoranti
- miglioramento della disponibilità e riconoscibilità di alimenti salutari nei distributori automatici di alimenti

Promozione del benessere:

- favorire la sensibilizzazione e la competenza degli operatori attivi nei diversi ambiti professionali

Attività

Promozione dell'attività fisica:

- walking program quali gruppi di cammino, fit-walking e/o nordic-walking
- individuazione e valorizzazione di buone pratiche, metodi e strumenti

Alimentazione sana:

- programmare incontri a livello regionale con associazioni di categoria
- attivazione di progetti pilota con i ristoranti
- implementazione di un progetto esistente per la distribuzione automatica di alimenti salutari

Promozione del benessere:

- implementare i due corsi FAD nelle ASL tramite piattaforma regionale
- realizzare formazione dei farmacisti in collaborazione con Federfarma Piemonte (**livello regionale**)
- realizzare sensibilizzazione studenti Corso laurea Infermieristica/Pediatrica (**livello regionale/locale**)
- realizzare un seminario per Repes e altri operatori socio-sanitari in collaborazione con DoRS
- promuovere il progetto “Capacity building” nel tavolo di lavoro “Pediatría interculturale” istituito dal Centro Interculturale della Città di Torino. Tema di approfondimento per l'anno 2013: lo svezzamento

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE

	FONTI DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
Walking program (gruppi di cammino o fit-walking o nordic walking)	Documentazione regionale	Walking program realizzati in almeno 2 aziende sanitarie
Elaborazione di un manuale per la progettazione e la valutazione di interventi di promozione dell'attività fisica nel setting ambiente di lavoro	Documentazione regionale	Manuale disponibile
Attivazione di progetti pilota per il miglioramento della qualità dei menu nella ristorazione	Documentazione regionale	Almeno un progetto pilota in almeno un'ASL

2.9.4. PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI NEL SETTING SCUOLA SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

Razionale

L'assunzione di corretti stili di vita è alla base del programma dell'OMS per un invecchiamento sano; perché ciò avvenga è necessario che i comportamenti salutari vengano assunti il più precocemente possibile e diventino per ciascuno un valore da perseguire negli anni. La scuola resta il setting privilegiato per lo sviluppo di quelle competenze trasversali (*life skill*) che favoriscono una crescita armonica e atteggiamenti di vita consapevoli. La nuova organizzazione curricolare prevede percorsi specifici per la promozione della competenze trasversali, per il potenziamento di tutte le abilità del soggetto: "un ragazzo è ritenuto competente quando mobilitando tutte le sue capacità intellettuali, estetico-espressive, motorie, operative, sociali, morali, spirituali e religiose e, soprattutto, amplificandole ed ottimizzandole, utilizza le conoscenze e le abilità che apprende e che possiede per arricchire creativamente, in ogni situazione, il personale modo di essere al mondo, di interagire e di stare con gli altri, di affrontare le situazioni e di risolvere i problemi, di affrontare la complessità dei sistemi simbolici, di gustare il bello e di conferire senso alla vita." (Legge 28 marzo 2003, 53)

Perché la consapevolezza si consolidi e si trasformi in comportamenti è necessario un impegno condiviso tra scuola e servizi sanitari così come sottolineato dal "Protocollo d'Intesa e Linee Guida relative alla programmazione degli interventi di promozione della salute previsti per l'anno scolastico 2012/2013" (circolare regionale n. 297 del 30 maggio 2012). Gli operatori sanitari mettono a disposizione degli insegnanti le loro conoscenze e competenze affinché attraverso i programmi curricolari possa essere veicolata, con strumenti e linguaggi adatti ai diversi gradi scolastici, una formazione continua sugli stili di vita salutari.

Nel contesto della Regione Piemonte è attiva una consolidata collaborazione che vede coinvolti l'Ufficio Scolastico Regionale, l'Assessorato Sanità e l'Assessorato Istruzione, i quali attraverso il formale Protocollo di intesa definiscono e ricercano modalità congiunte di programmazione della salute in ambito scolastico, in sinergia con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione.

Indicazione di priorità

Favorire un equo accesso alle proposte di promozione della salute.

Referente tecnico Maria Teresa Revello (Regione Piemonte), Elena Coffano (DoRS)

Soggetti coinvolti

Direzione Integrata Prevenzione, Dipartimento di Prevenzione, Servizi territoriali, Ufficio Scolastico Regionale, Uffici Scolastici Locali, Scuole di ogni ordine e grado, Gruppo regionale Guadagnare Salute Piemonte

Obiettivo generale

Facilitare i comportamenti verso stili di vita salutari orientati dai dati delle sorveglianze specifiche, in tutta la comunità scolastica.

Obiettivi specifici

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

Azioni strategiche/risultati attesi

1. Consolidare i rapporti tra Sanità e Scuola secondo gli indirizzi del Protocollo di Intesa
2. Condividere e promuovere insieme alle scuole il consolidamento dei progetti nazionali e regionali proposti dal programma "Guadagnare salute" e orientati allo sviluppo delle *life skill* (Diari di salute,

Unplugged, Alimentazione e Attività Fisica, Profili di Salute della Scuola, Peer Education) 3. Favorire lo sviluppo e la selezione di “buone pratiche” che promuovano stili di vita positivi in tema di alimentazione, attività fisica, fumo 4. Mantenere attiva la rete regionale di Guadagnare Salute in Adolescenza
Attività 1. Gruppo Tecnico Regionale/Provinciale a. Condividere e declinare gli indirizzi della Linee Guida Regionali Scuola / Sanità b. Offrire alle scuole progetti orientati all’adozione di stili di vita salutari c. Favorire la condivisione di un efficiente sistema di monitoraggio attraverso Pro.Sa d. Partecipazione dei Referenti ASL alle riunioni dei Gruppi Tecnici Provinciali 2. Linee Guida Attività Fisica a. Implementare la diffusione presso le scuole del manuale Regionale per l’Attività Fisica b. Sostegno alle azioni rivolte a migliorare i livelli di attività fisica nelle scuole c. Verifica delle azioni messe in atto dalle scuole 3. Presentazione Offerta Educativa e Formativa a. Attivazione delle procedure per condividere con le Scuole del catalogo dell’offerta educativa e formativa b. Presentazione alle scuole dell’offerta educativa e formativa sui rispettivi territori aziendali 4. Partecipazione alla sperimentazione Profilo di Salute della Scuola 5. Rete “Guadagnare salute in adolescenza” a. Collegamento tra i gruppi di lavoro che hanno partecipato al programma nazionale b. Verifica delle attività sviluppate sul territorio per la stabilizzazione dei progetti di GSA 6. Miglioramento della qualità nutrizionale dell’offerta alimentare nella ristorazione scolastica.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE		
	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
Offerta alle scuole di progetti orientati all’adozione di stili di vita salutari	Documentazione regionale	Offerta progetti in almeno 7 ASL
Partecipazione alla sperimentazione del profilo di salute della scuola	Documentazione regionale	Partecipazione in almeno 4 ASL



Piano regionale di prevenzione – Schede programma 2013

3.1.1. SCREENING ONCOLOGICI. RAGGIUNGIMENTO E MANTENIMENTO DEGLI STANDARD DI INVITO E ATTUAZIONE DEI PIANI DI RICONVERSIONE

SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

Razionale

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

Indicazione di priorità

In Piemonte la DGR n. 111-3632 del 02/08/2006 ha riorganizzato il programma di screening oncologico Prevenzione Serena e ha definito indicatori di processo e di qualità. Inoltre ha disposto che le Aziende Sanitarie costituiscano i Dipartimenti Interaziendali di Diagnosi Precoce (DIDP), nove nell'intera Regione, affidando loro la responsabilità della conduzione dei programmi di screening dei tumori. L'istituzione dei Dipartimenti rappresenta una criticità, in quanto alcuni non sono stati ancora costituiti formalmente.

Un'altra criticità a cui si rivolge la DGR 111 e che è oggetto specifico di questo progetto, è il fatto di rendere disponibile in Regione Piemonte attraverso Prevenzione Serena un solo binario per la diagnosi precoce, superando l'attuale situazione nella quale coesiste lo screening organizzato con quello "spontaneo", su prescrizione del medico di famiglia o dello specialista, non dotato di strumenti di assicurazione della qualità e di verifica dei risultati raggiunti. A beneficio della corretta implementazione e applicazione di questo aspetto della DGR 111, la cosiddetta "riconversione", è stata emanata una specifica circolare da parte dell'Assessorato alla Sanità nel febbraio 2010.

Referente tecnico Nereo Segnan, Antonio Ponti, Corrado Magnani (CPO), Raffaella Ferraris (Regione Piemonte), Fiorella Germinetti (UVOS ASL VC)

Soggetti coinvolti

Gli attori coinvolti in tale processo sono principalmente rappresentati, oltre che dalla Regione Piemonte, dalle Aziende sanitarie ed in particolare dai Dipartimenti Interaziendali di Diagnosi Precoce, che riuniscono tutte le Strutture Complesse impegnate a diverso titolo, esercitando specialità e professionalità diverse, nei programmi di screening. Sono inoltre coinvolti i medici di medicina generale.

Nell'attuazione, in particolare, della riconversione sono coinvolti molteplici attori, dai medici di medicina generale e gli specialisti (fondamentali nella trasmissione della conoscenza e dell'informazione alla popolazione e nel cambiamento delle abitudini prescrittive) ai CUP aziendali e sovraziendali.

Obiettivo generale

Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Riduzione dell'incidenza di carcinomi del colon retto e del collo dell'utero. Evitare o minimizzare la sovradiagnosi specialmente per il carcinoma della mammella.

Obiettivi specifici

1. Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico, con riconoscimento dei casi di malattia con elevata sensibilità, ed in fase precoce.
2. Effettuazione dell'attività di diagnosi precoce all'interno dei programmi validati e controllati (nella Regione Piemonte Prevenzione Serena) e riduzione dell'uso inappropriato delle risorse diagnostiche.

Azioni strategiche/risultati attesi

1. Assicurazione di qualità nell'intero processo screening – approfondimenti diagnostici – terapia. Di riflesso, miglioramento degli standard di qualità della terapia oncologica per queste sedi tumorali anche per i casi diagnosticati al di fuori dei programmi di screening. Perché la misura degli indicatori di processo sia efficace nel miglioramento della qualità è necessario che i risultati siano restituiti e condivisi con gli operatori. Ciò avviene e sarà ulteriormente sviluppato in Piemonte attraverso i Centri regionali di riferimento per l'assicurazione di qualità nei tre screening e attraverso workshop regionali per l'approfondimento dei dati. Inoltre, il monitoraggio, la restituzione dei risultati agli attori del progetto e la definizione delle azioni correttive da intraprendere saranno effettuati in occasione delle riunioni mensili del comitato di coordinamento regionale degli screening, comprendente i coordinatori e i direttori dei DIDP e i rappresentanti della Regione Piemonte, e dei workshop annuali, uno per ciascun programma di screening, ai quali sono invitati tutti gli operatori. Infine proseguirà l'organizzazione di corsi di formazione continua e di aggiornamento specifici per le diverse figure professionali e attività di tirocinio pratico presso i Centri regionali di riferimento.
2. Attuazione della riconversione attraverso la copertura della popolazione bersaglio tramite un solo binario di screening rappresentato dal programma regionale Prevenzione Serena. Gli indicatori di processo che misurano gli obiettivi di cui sopra sono pubblicati ogni anno dall'Osservatorio Nazionale Screening (www.osservatorionazionale screening.it). I dati per la Regione Piemonte sono raccolti e analizzati dal CPO periodicamente o in studi ad hoc. Alcuni dati (frequenza di esami ambulatoriali) sono invece forniti dal CSI. Le prime fasi dell'attuazione della riconversione comprendono incontri di formazione continua e di aggiornamento in ciascun Dipartimento con i medici di medicina generale e gli specialisti e incontri con i responsabili e gli operatori dei CUP. In seguito l'attuazione della riconversione verrà periodicamente monitorata attraverso la produzione degli indicatori di estensione e di qualità degli screening. Il monitoraggio, la restituzione dei risultati agli attori del progetto e la definizione delle azioni correttive da intraprendere saranno effettuati in occasione delle riunioni mensili del comitato di coordinamento regionale degli screening, comprendente i coordinatori e i direttori dei DIDP e i rappresentanti della Regione Piemonte, e dei workshop annuali, uno per ciascun programma di screening, ai quali sono invitati tutti gli operatori.

Attività

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

- screening mammografico, donne 45-75 anni: totale 904.113. Il protocollo prevede l'invito attivo biennale tra 50 e 69 anni a 585.242 donne (e l'invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione) e l'adesione spontanea tra 45 e 49 e tra 70 e 75 (complessivamente 318.871 donne);
- screening per il carcinoma cervicovaginale, donne 25-64 anni (invito attivo triennale): 1.231.674;
- screening sigmoidoscopico per il carcinoma colo rettale, donne e uomini a compimento del 58° anno: 59.500 ogni anno. Alle persone che non aderiscono all'invito alla sigmoidoscopia viene offerta la possibilità di optare per lo screening con il FOBT (sangue occulto nelle feci);
- screening FOBT (sangue occulto nelle feci) per il carcinoma colo rettale, donne e uomini di 59-69 non invitati nel programma con sigmoidoscopia fino ad esaurimento della coorte in ciascun dipartimento. A partire da una popolazione iniziale di 514.051 persone, questo gruppo si sta progressivamente esaurendo nell'arco di 10 anni. L'esaurimento si verificherà in tempi diversi in relazione alla data di attivazione del programma nei diversi dipartimenti (a Torino, ad esempio, dove il programma è iniziato nel 2003, la popolazione bersaglio di questa modalità di screening sarà esaurita nel 2013, mentre a Cuneo dove il programma è iniziato a fine 2009, l'attività si esaurirà nel 2019). Della definizione dell'appropriato denominatore si deve tenere conto nel calcolo dell'indicatore.

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

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

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE

	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
SCREENING MAMMOGRAFICO: Copertura da esami: Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio 50-69 anni	Data Base Prevenzione Serena, analisi CPO Piemonte	60%
SCREENING CERVICO-VAGINALE: Copertura da inviti: Numero donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio 25-64 anni	Data Base Prevenzione Serena, analisi CPO Piemonte	97%
SCREENING COLO-RETTALE: Copertura da inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio 58 anni	Data Base Prevenzione Serena, analisi CPO Piemonte	90%



Piano regionale di prevenzione – Schede programma 2013

3.1.3. REGISTRO TUMORI PIEMONTE: ESTENSIONE DELLA COPERTURA DI REGISTRAZIONE ALL'INTERO TERRITORIO REGIONALE CON DISEGNO PROGRESSIVO

SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

Razionale

Nel 2010, nel quadro del Piano Regionale della Prevenzione, è stato dato avvio ad un progetto di estensione progressiva della registrazione dei tumori con obiettivo di raggiungere la copertura regionale. Le ragioni per disporre della registrazione dei tumori (secondo i più moderni criteri scientifici e di qualità dei dati) con livello di copertura regionale sono di varia natura.

Ragioni di merito

- La più ampia base di popolazione consente di avere potenza statistica sufficiente per sorvegliare vari fenomeni, anche per tumori rari.
- La buona diffusione di studi clinici che si è verificata in questi anni richiede il supporto della registrazione tumorale su più ampia base per vari scopi: follow-up, record linkage, controllo generalizzazione dei risultati, sensibilità e specificità delle procedure diagnostiche cliniche, testate contro un golden standard di popolazione.

Ragioni di fattibilità

La disponibilità delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), l'automazione dell'anatomia patologica, ed altri informativi a diverso (ma generalmente soddisfacente) grado di sviluppo (prestazioni ambulatoriali, prescrizioni, ecc.) consentono la copertura almeno del 90% della casistica con dati di qualità sufficiente a molti degli usi sopra descritti. In questo modo, l'attività di trattamento manuale dell'informazione, pur indispensabile, è limitata al controllo di qualità e all'elaborazione, e molto meno alla acquisizione dei dati.

Inoltre, la Regione Piemonte ha approvato la L.R n. 4 dell'11/02/2012 che ha istituito i Registri di Patologia: tra questi, il Registro Tumori, peraltro già operativo da molti anni sulla base di precedenti dettati.

Indicazione di priorità

Il progetto è progressivo, ed articolato nei seguenti passi:

1. Ampliamento in aree a copertura provinciale con registrazione di alta qualità:
 - a. l'estensione della registrazione dalla Provincia di Biella alla Provincia di Vercelli
 - b. l'estensione della registrazione alla intera Provincia di Torino
2. Copertura regionale mediante l'utilizzo estensivo degli archivi sanitari informatizzati
3. Stime d'indicatori di impatto per l'intera regione
4. Attualizzazione della registrazione centralizzata della mortalità
5. Prosecuzione della registrazione dei tumori infantili e mesoteliali per l'intera regione

I punti 1 e 3 sono da considerarsi prioritari perché consentono, se sviluppati assieme, di avere sia una visione d'insieme dell'occorrenza dei tumori, sia una visione di dettaglio su oltre metà della popolazione piemontese.

Un'ulteriore estensione nelle altre provincie può essere fatta a partire da quella di Cuneo.

Referente tecnico Roberto Zanetti (Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica - CPO Piemonte)

<p><i>Soggetti coinvolti</i></p> <p>Gli attori coinvolti in tale processo sono principalmente rappresentati, oltre che dalla Regione Piemonte, dal CPO Piemonte, dalle Aziende sanitarie ed in particolare dai Dipartimenti Interaziendali di Prevenzione e dai servizi di anatomia patologica e di oncologia.</p>
<p><i>Obiettivo generale</i></p> <p>Produzione degli indicatori di frequenza tumorale per l'intera regione Piemonte.</p>
<p><i>Obiettivi specifici</i></p> <p>Produzione di un triennio di incidenza tumorale nella provincia di Vercelli (2007-2009). Produzione di un archivio di prevalenza nella provincia di Torino e registrazione del primo anno di incidenza. Produzione delle stime di indicatori di impatto al 2014 per l'intera regione.</p>
<p><i>Azioni strategiche/risultati attesi</i></p> <p>Approvazione di una norma regionale che attribuisca la titolarità dei dati del registro tumori al CPO Piemonte in maniera che non si abbia alcuna opposizione alla messa a disposizione delle fonti di dati.</p>
<p><i>Attività</i></p> <p>Per il punto 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raccolta delle fonti di dati - Costruzione di algoritmi per la costruzione dell'archivio di prevalenza - Registrazione dei casi - Aggiornamento periodico annuale del Follow-up di esistenza in vita e causa della morte - Controllo di qualità dei dati finali secondo i programmi di Check internazionali - Calcolo degli indicatori di frequenza tumorale <p>Per il punto 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento delle stime di occorrenza tumorale in tutte le ASL del Piemonte al 2014.

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE		
	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
INCIDENZA: DCO (numero di casi noti solo attraverso il certificato di morte/numero totale dei casi)	CPO	< 5%
PREVALENZA (rapporto tra casi registrati e casi attesi)	CPO	> 70%

**3.3.1. IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DEL MODELLO
ASSISTENZIALE FONDATO SULLA GESTIONE INTEGRATA DEL
DIABETE NELL'AMBITO DEL PDTA DIABETE MELLITO DEFINITO A
LIVELLO REGIONALE
SCHEDA DI PROGRAMMA 2013**

Razionale

L'impatto del diabete sulla salute della popolazione e sulle risorse sanitarie è rilevante. Oltre il 5% della popolazione italiana è affetta da diabete e la prevalenza raggiunge il 20% tra le persone di età > 65 anni (dati SID-ARNO Diabete). Il costo dell'assistenza alle persone con diabete (ricoveri ospedalieri, prescrizioni farmaceutiche, visite specialistiche, presidi) è 4 volte superiore a quello delle persone non diabetiche di pari età e sesso (studio di Torino). Oltre il 50% del costo è attribuibile ai ricoveri ospedalieri per la cura delle complicanze acute e croniche della malattia, entrambi prevenibili attraverso una adeguata erogazione dell'assistenza specialistica a livello ospedaliero e territoriale, volta al raggiungimento e al mantenimento degli obiettivi terapeutici fin dall'esordio della malattia (SID-AMD, Standard di Cura del diabete 2009-2010). La qualità della cura erogata ai diabetici a livello di popolazione non è al momento rispondente agli standard (dati SID-ARNO; studi di Torino), mentre è di buon livello e in continuo miglioramento quella erogata a livello delle strutture specialistiche diabetologiche (Annali AMD).

Il Progetto IGEA dell'Istituto Superiore di Sanità ha identificato nella gestione integrata fra medicina di territorio e servizi specialistici ambulatoriali ed ospedalieri, il modello di assistenza diabetologica da estendere in Italia. Tale modello è stato recepito dalla Regione Piemonte, prima in Italia, tramite l'attivazione di un programma a livello regionale, riferito al paziente diabetico tipo 2, che si sviluppa nei seguenti momenti:

1. il paziente neo-diagnosticato deve essere inviato al Servizio Diabetologico (SD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende l'indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita;
2. successivamente il paziente è avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra MMG e Servizio specialistico;
3. il paziente si sottopone a visita periodica presso il SD:
 - con le scadenze concordate con il MMG, (in media una volta l'anno per i pazienti in compenso accettabile e senza gravi complicanze);
 - con maggiore frequenza (pur sempre in stretta collaborazione con il MMG) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico inadeguato o instabile;
 - in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi.

Il Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per il diabete mellito è stato disciplinato ed avviato in fase sperimentale con la DGR n. 61-13646 del 22/3/2010.

Cruciale nel processo di applicazione di nuovi modelli assistenziali è tuttavia la disponibilità di sistemi informatici in grado di monitorare gli indicatori di processo e di esito, in modo da far emergere tempestivamente eventuali disuguaglianze nell'ambito della popolazione diabetica regionale (età, area di residenza, classe sociale, presenza di comorbidità, accessibilità alle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali). Al fine di garantire una raccolta sistematica e uniforme dei dati, è stato avviato, con DGR n. 36-11958 del 4/8/2009, il sistema informatizzato regionale per la Gestione integrata del Diabete (portale regionale GID), attualmente consolidato e coordinato dal CSI-Piemonte. È in fase di realizzazione il collegamento del portale regionale GID con il software medico gestionale Eurotouch, dedicato alla memorizzazione ed elaborazione dei dati clinici per la gestione dei pazienti diabetici, attualmente il più diffuso in ambito regionale tra i servizi di diabetologia. Tale integrazione è finalizzata a rendere disponibili in un unico ambiente condiviso tutti i dati relativi alla gestione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente affetto da diabete di tipo 2.

Il progetto necessita di una adeguata azione di monitoraggio tramite indicatori di processo ed esito della GID: quindi si valuterà se la gestione del paziente diabetico è in accordo con gli Standard di Cura del diabete (glicemia, pressione arteriosa, lipemia, proteinuria e funzionalità renale, peso corporeo, lesioni ai

<p>pie di) e se a lungo termine si potrà registrare una riduzione di incidenza delle complicanze micro e macrovascolari.</p> <p>In parallelo, deve necessariamente essere avviato anche il monitoraggio dell'attività diabetologica erogata dalla rete dei servizi regionali, al fine di garantire l'appropriatezza dell'inserimento dei diabetici in gestione integrata su tutto il territorio regionale, nonché il superamento di eventuali disuguaglianze regionali nei percorsi assistenziali e di cura. L'articolazione territoriale dei servizi di diabetologia, attivi in tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, ammonta complessivamente a 65 centri ambulatoriali diffusi in tutto il Piemonte (sedi centrali ospedaliere e ambulatori territoriali). La disponibilità nella Regione Piemonte di sistemi informativi correnti, di una consolidata esperienza epidemiologica nell'utilizzo e nell'analisi dei dati rappresentano punti di forza del presente progetto, che, se realizzato pienamente, potrebbe rappresentare un esperimento pilota applicabile poi ad altre realtà regionali e ad altre malattie croniche.</p> <p>Indicazione di priorità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete • Monitoraggio dell'attività diabetologica erogata dalla rete dei servizi regionali • Integrazione di dati dei flussi informativi della Regione Piemonte <p>Referente tecnico Graziella Bruno (Università di Torino)</p>
<p>Soggetti coinvolti</p> <p>Servizi di Diabetologia (sedi centrali ospedaliere e ambulatori territoriali), MMG, CSI-Piemonte.</p>
<p>Obiettivo generale</p> <p>Riduzione delle complicanze micro e macroangiopatiche dei pazienti diabetici (infarto, ictus, retinopatia laser-trattata, amputazione arti inferiori, dialisi).</p>
<p>Obiettivi specifici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete. • Integrazione di dati dei flussi informativi della Regione Piemonte. • Favorire i processi di programmazione sanitaria tramite la conoscenza dei costi diretti delle diverse modalità di assistenza diabetologica erogate sul territorio regionale.
<p>Azioni strategiche/risultati attesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento degli indicatori di processo e di esito dei MMG aderenti alla gestione integrata. • Miglioramento degli indicatori di processo e di esito delle singole strutture diabetologiche. • Miglioramento dei percorsi assistenziali rivolti ai diabetici, con superamento di eventuali disuguaglianze nell'accesso ai servizi sul territorio regionale.
<p>Attività</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio degli indicatori di processo e di esito dei MMG aderenti alla gestione integrata. • Valutazione dell'appropriatezza della gestione integrata, del costo delle prestazioni erogate e della frequenza dell'ospedalizzazione nei diabetici in gestione integrata vs. diabetici in gestione standard. • Valutazione dei piani della qualità elaborati dalle singole ASL e ASO, al fine di individuare le modalità organizzative e operative per l'erogazione delle prestazioni di cui al PDTA-DM da parte della rete regionale dei servizi di diabetologia. • Informatizzazione dei MMG aderenti alla GID e utilizzo di una piattaforma comune con i servizi di diabetologia al fine di creare un network atto a favorire l'audit degli indicatori di

processo e di esito dell'attività diabetologica erogata dalle singole strutture diabetologiche regionali.

- Integrazione del Registro Regionale Diabete nell'ambito di un sistema globale fondato sul linkage dei flussi informativi regionali amministrativi oggi disponibili (flussi SDO, prescrizioni, integrative, esenzione per patologia ecc.), al fine di consentire analisi epidemiologiche di popolazione (incidenza, prevalenza, mortalità di diabete e delle sue complicanze, adeguatezza dei percorsi assistenziali erogati alla popolazione regionale, ospedalizzazione, costi diretti).

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE

	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
Attivazione piattaforma comune MMG/diabetologia	Data base comune	30%
Percentuale di ASR che adottano il PDTA-DM previa formalizzazione di Piano della Qualità validato a livello regionale	Fonte informativa regionale	30%

4.1.1 / 2.9.3. PERCORSI DI PREVENZIONE NEL SETTING SANITARIO

- Utilizzo dell'esercizio fisico nel trattamento preventivo-terapeutico delle patologie esercizio-sensibili
- Percorsi di disassuefazione dal fumo
- Counseling nutrizionale

SCHEDA DI PROGRAMMA 2013

Razionale

Il riorientamento dei servizi sanitari verso la promozione della salute auspicato dalla Carta di Ottawa trova la sua dimensione più compiuta nella costruzione di percorsi che, mettendo al centro i bisogni e le caratteristiche delle persone (a rischio di patologie croniche o di esse già portatrici), coniughino la dimensione diagnostico-terapeutica con un approccio "salutogenico", in grado di stimolare negli individui e nei gruppi cambiamenti positivi negli stili di vita e nella capacità di partecipare attivamente alle decisioni sulla propria salute, potenziandone le opportunità residue. Sono disponibili e mature esperienze in questo senso in molte aziende piemontesi, sia in campo di disassuefazione dal tabacco, che dietetico-nutrizionale, e negli ultimi anni anche sull'esercizio-terapia. Percorsi di questo genere richiedono di "mettere in fase", esattamente come per i PDTA, attività e snodi decisionali di molti soggetti nelle aziende, e spesso anche nel territorio, il che richiede un lavoro paziente e mirato di analisi e di definizione di compiti, strumenti, sistemi informativi.

Tale percorso è già stato in buona parte compiuto per quanto riguarda i percorsi "fumo", che sono stati messi a punto nella maggior parte delle aziende e che richiedono ora una fase di revisione tra pari e di validazione. In campo di counseling nutrizionale invece si sono sviluppati modelli diversificati che richiedono uno sforzo di razionalizzazione ed integrazione.

Per quanto riguarda le cosiddette patologie esercizio-sensibili, la letteratura scientifica ha prodotto moltissime evidenze sull'efficacia dell'esercizio fisico in diverse condizioni patologiche e raccomanda l'utilizzo dell'esercizio fisico quale strumento preventivo e terapeutico per varie patologie definite esercizio-sensibili. Si tratta di problemi di salute largamente diffusi nella popolazione. Pertanto è importante intervenire con un programma di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico rivolto a persone con patologia esercizio-sensibile o con consolidati fattori di rischio per detta patologia.

Il Ministero della Salute ha avviato in alcune Regioni il progetto "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia" e il Centro Nazionale Trapianti ha avviato il protocollo nazionale di ricerca "Trapianto... e adesso sport", basato su percorsi assistenziali integrati per la prescrizione personalizzata di attività fisica a persone trapiantate di organo solido. Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 ha evidenziato l'importanza della promozione dell'attività fisica-sportiva preventiva e curativa per il miglioramento delle condizioni di salute e di efficienza fisica delle persone ed il ruolo che i servizi pubblici di Medicina dello Sport devono assumere in questo campo nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione.

Per il contenimento di tali patologie in forte incremento e dei costi socio-sanitari ad esse connessi, è necessario approntare concrete modalità organizzative ed operative nella pratica clinica, all'interno delle quali possano avvenire sia la prescrizione di attività fisica, basata sulle caratteristiche del singolo, previa una valutazione clinico-funzionale, sia la somministrazione dell'attività fisica attraverso percorsi che garantiscano il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività prescritta, in condizioni di efficacia e di sicurezza.

Indicazione di priorità

Per l'anno 2013 saranno prioritari la messa a punto dei percorsi sul tabagismo, già oggetto di sperimentazione nel precedente piano, l'integrazione delle attività di consulenza dietetico-nutrizionale e la definizione di un modello operativo per l'esercizio-terapia nelle patologie esercizio-sensibili.

Referente tecnico Maria Teresa Revello (Regione Piemonte), Elena Coffano (DoRS)

Soggetti coinvolti

- Pazienti
- Servizi specialistici: Medicina dello Sport, Servizi specialistici per patologie esercizio-sensibili (Diabetologia, Cardiologia, Oncologia, Psichiatria, Centri Trapianto, Dietologia ecc.)

<ul style="list-style-type: none"> • Associazioni di Malati • Famiglie • Gruppo GSP • Servizi specialistici per la disassuefazione tabagica (CTT, Pneumologia, SerT, ecc.) • SIAN
<p>Obiettivo generale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentare la quota di fumatori che portano a termine con successo un percorso di disassuefazione • Migliorare le condizioni nutrizionali nei soggetti che accedono a sportelli informativi ed ambulatori nutrizionali • Promuovere l'adozione di uno stile di vita attivo in persone con patologie esercizio-sensibili
<p>Obiettivi specifici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantire percorsi di disassuefazione dal fumo evidence-based in tutte le aziende sanitarie • Potenziare e razionalizzare l'offerta di counseling nutrizionale • Migliorare i parametri clinici, di efficienza fisica e la qualità della vita (SF36) nei pazienti con patologie esercizio-sensibili
<p>Azioni strategiche/risultati attesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Messa a regime dei percorsi fumo • Definizione di un modello operativo integrato tra strutture cliniche e preventive in campo di counseling nutrizionale • Costruire un modello operativo di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico nelle patologie esercizio-sensibili
<p>Attività</p> <p><i>Fumo (coordinato a livello regionale)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisione tra pari dei percorsi fumo elaborati dalle aziende • Elaborazione di un documento di consenso <p><i>Nutrizione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento delle attività SIAN (sportelli informativi e ambulatori) • Avvio di un gruppo di lavoro con la componente clinica per la definizione di un modello operativo (<i>a livello regionale</i>) <p><i>Esercizio-terapia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare tra soggetti interessati allo sviluppo dell'intervento per la definizione strategico/operativa, l'individuazione di alleanze/collaborazioni e la realizzazione del progetto (<i>a livello locale</i>) • Definizione di un modello di intervento (<i>a livello regionale</i>) • Applicazione del modello in almeno 2 ASL

INDICATORI SCELTI PER LA VALUTAZIONE

	FONTI DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2013
Documento di consenso sui percorsi fumo	Documentazione regionale	Presenza del documento
Creazione di un gruppo di lavoro istituzionale sull'esercizio-terapia	Documentazione regionale	Gruppo formalmente avviato
N. ASR che aderiscono all'applicazione del modello di esercizio-terapia	Documentazione regionale	Almeno 2 ASR