

Codice DB2017

D.D. 1 luglio 2014, n. 610

Piano regionale di prevenzione 2014: approvazione degli obiettivi e programmi di attività di cui alla DGR n. 52-7643 del 21/05/2014.

La Giunta regionale ha approvato, con DGR n. 52-7643 del 21/05/2014, gli indirizzi generali per il Piano regionale della prevenzione 2014. Il provvedimento costituisce atto valutabile in sede di verifica annuale degli adempimenti regionali da parte del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza (ex art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni rep. atti 2271), nonché atto necessario all'attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 (di cui alla DGR 30 dicembre 2013, n. 25-6992).

Il provvedimento di cui sopra stabilisce che il Piano regionale di prevenzione 2014 dia continuità ai programmi e interventi in atto, previsti dal precedente Piano, in modo da evitare un'interruzione nell'operatività del Piano regionale e dei Piani locali di prevenzione.

Il citato provvedimento prevede inoltre un adeguamento ai recenti orientamenti nazionali contenuti nella bozza di Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 elaborato dal Coordinamento Interregionale della Prevenzione, ed elenca gli ambiti di intervento da affrontare nel 2014.

Il medesimo provvedimento demanda alla Direzione Sanità, con la collaborazione del Coordinamento operativo regionale della prevenzione (CORP), l'individuazione di obiettivi e programmi di attività relativamente agli ambiti di intervento definiti, nonché la loro approvazione con provvedimenti amministrativi.

Sono state pertanto elaborate, in collaborazione con il CORP, le schede con gli obiettivi e i programmi di attività riferiti agli ambiti previsti dalla citata DGR, allegate al presente provvedimento (allegato A) di cui sono parte integrante e sostanziale.

Le schede sviluppano, negli ambiti di intervento previsti dalla DGR suddetta, i macro obiettivi definiti dalla bozza di Piano nazionale della prevenzione 2014-2018; si articolano in quadri logici che individuano obiettivi generali e specifici, programmi e attività da realizzare, a livello sia regionale sia di ASL, prevedendo gli indicatori per la valutazione e individuando i referenti tecnici.

Le schede di cui all'allegato A costituiscono il riferimento per la programmazione dei Piani locali di prevenzione 2014 delle ASL della Regione Piemonte, in collaborazione con le ASO.

Atteso quanto sopra, si rende dunque necessario approvare le schede degli obiettivi e programmi di attività di cui all'allegato A alla presente determinazione, così come previsto dalla DGR n. 52-7643 del 21/05/2014.

IL DIRETTORE

Visto il DLgs n. 165/2001;

Vista la DGR n. 25-6992 del 30/12/2013;

Vista la DGR n. 25-7586 del 12/05/2014;

Vista la DGR n. 52-7643 del 21/05/2014;

determina

di approvare le schede degli obiettivi e programmi di attività del Piano regionale di prevenzione per il 2014, 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 vicario
Claudio Baccon

Allegato

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

1.1. Guadagnare salute

Referenti tecnici regionali

Maria Teresa Revello, Elena Coffano, gruppo Guadagnare Salute Piemonte

Razionale e modello logico

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

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

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

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

Strategie

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

• Strategie di comunità

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

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

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

• **Strategie basate sull'individuo**

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

Quadro logico regionale

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

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

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

Obiettivo centrale (nazionale)	Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale
Obiettivo specifico regionale	Coordinare, promuovere ed integrare le azioni di promozione della salute nei diversi ambiti
Programmi	Guadagnare Salute Piemonte
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento gruppo di lavoro Guadagnare Salute e relativi sottogruppi <p>Livello locale (PLP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione ai gruppi regionali • Attivazione di un gruppo di lavoro locale Guadagnare Salute

Obiettivo centrale (nazionale)	Sviluppo di programmi di promozione della salute integrati e condivisi tra servizi sanitari e istituzioni educative
Obiettivo specifico regionale	Favorire l'equo accesso di tutte le scuole del territorio alle proposte integrate di promozione della salute e la diffusione delle buone pratiche.

Programmi	Guadagnare Salute Piemonte Setting Scuola
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rinnovo del protocollo Scuola e Salute con USR e Assessorato Istruzione con l'emanazione delle linee guida per l'anno 2014/2015 • Consolidamento dei percorsi di formazione: Profili di salute, Media Education, Gambling • Sviluppo e co-progettazione di un percorso di formazione congiunta sanità-scuola sulla promozione della salute finalizzata alla costruzione di competenze della Rete delle Scuole che promuovono salute • Promozione e disseminazione di buone pratiche e di progetti individuati come prioritari dalle linee guida (Unplugged, Diari di salute, ecc.) (vedi incidenti stradali, incidenti domestici) • Valorizzazione dell'adesione alla rete SHE in collaborazione con altre regioni <p>Livello locale (PLP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento della collaborazione tra UST e ASL • Partecipazione alle Azioni a regia regionale • Offerta alle scuole di un "Catalogo progetti formativi ed educativi" • Offerta attiva alle scuole di progetti di buona pratica sui temi del Guadagnare salute (stili di vita, benessere e sicurezza) • Uso di metodologie ritenute efficaci dalle buone pratiche (Linee guida Protocollo di intesa) • Promozione e supporto alle scuole che aderiscono al progetto "Rete delle Scuole che promuovono salute" (Profili di salute) <p>Soggetti coinvolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • livello regionale: USR, Assessorato Sanità, Assessorato Istruzione, Centro di documentazione DoRS, centro Steadycam • livello locale: UST, Dipartimento di prevenzione, Repes, Sert
Popolazione target	Studenti, docenti, dirigenti, personale scolastico delle scuole di ogni ordine e grado
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<ul style="list-style-type: none"> • Redazione protocollo d'intesa e linee guida (entro dicembre 2014) • Produzione report del percorso sui Profili di salute (entro ottobre) • N. cataloghi presentati alle scuole/n. ASL (80%) • N. interventi a catalogo che rispettano le linee guida (80%) • Registrazione delle attività sulla banca dati PROSA (100% di nuovi progetti inseriti; 100% di nuovi interventi/edizioni inseriti)

Obiettivo centrale (nazionale)	<p>Ambiente di lavoro - Sviluppo di programmi/interventi integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e "datori di lavoro", volti a favorire l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol), attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, Medici competenti, ecc.)</p> <p>Comunità - Sviluppo di programmi/interventi, volti a favorire l'adozione di stili di vita attivi, nella popolazione giovane, adulta e anziana, attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, ecc.)</p>
Obiettivo specifico regionale	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione dell'attività fisica: aumentare/sostenere l'attività fisica quotidiana praticata dalla popolazione adulta e ultra64enne. • Alimentazione sana: migliorare la disponibilità e riconoscibilità di alimenti salutari nelle mense, ristoranti, distributori automatici di alimenti. • Promozione del benessere: sostenere la genitorialità nei primi anni di vita.

Programmi	Guadagnare Salute Piemonte setting Comunità e ambienti di vita e di lavoro
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento gruppi di lavoro permanenti “Genitori più” “Rete per l’Attività Fisica”, “Rete di psicologia dell’Adolescenza”, “Rete donazione sangue e midollo osseo” . • Valorizzazione e diffusione dei Materiali prodotti dai gruppi • Documentazione e formazione - attivazione area focus partecipazione empowerment su sito DoRS • Avvio delle attività istruttorie propedeutiche alla creazione di una rete piemontese WHP • Accordi quadro e progetti pilota con associazioni e imprese alimentari (vedi Sicurezza alimentare) per: <ul style="list-style-type: none"> - 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 salutarie nei distributori automatici di alimenti • genitorialità: interventi di sensibilizzazione/formazione al tema della promozione della salute nei “primi mille giorni” di alcuni profili professionali (operatori ASL, farmacisti) e degli studenti del Corso laurea Infermieristica/Pediatria <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo corso FAD su incidentalità domestica (vedi incidenti domestici) <p>Livello locale (PLP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adesione e partecipazione attiva ai gruppi di lavoro • Implementazione delle iniziative locali rispetto ai programmi di promozione dell’attività fisica (gruppi di cammino, fitwalking, nordic walking) e ai programmi di donazione sangue e midollo osseo. • Genitorialità: implementazione dei corsi FAD disponibili nelle ASL tramite piattaforma regionale <p>Soggetti coinvolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • livello regionale: Assessorato alla Sanità, DoRS, Federfarma, Associazione Panificatori • livello locale: Dipartimenti di prevenzione, Servizi di Medicina dello Sport, Servizi Trasfusionali, Associazioni di volontariato, Associazioni sportive
Popolazione target	Comunità locali: amministrazioni pubbliche, associazioni, reti locali
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di almeno una nuova area focus su sito DoRS • Accordo regionale con associazione panificatori per riduzione del sale (entro dicembre 2014) • N. interventi di sensibilizzazione-formazione su genitorialità/categorie individuate (3/3) • Attivazione Fad sulle azioni “Genitori +”/ totale ASL (almeno 2 ASL) • Registrazione delle attività sulla banca dati PROSA (100% di nuovi progetti inseriti; 100% di nuovi interventi/edizioni inseriti)
Obiettivo centrale (nazionale)	Aumentare l’offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT

	Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche
Obiettivo specifico regionale	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare la quota di fumatori che accedono ad un percorso di disassuefazione • Migliorare le condizioni nutrizionali nei soggetti che accedono a sportelli informativi ed ambulatori nutrizionali • Promuovere l'adozione di uno stile di vita attivo in persone con patologie esercizio-sensibili
Programmi	Guadagnare Salute Piemonte setting servizi sanitari
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione con la rete Oncologica per i progetti di counselling sugli stili di vita dei malati e delle loro famiglie • Implementazione dell'utilizzo dell'esercizio fisico nel trattamento preventivo-terapeutico delle patologie esercizio-sensibili • Riattivazione coordinamento regionale sul fumo di tabacco • Attivazione di un coordinamento per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico • Attivazione di un tavolo di coordinamento sugli interventi nutrizionali <p>Livello locale (PLP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raccolta ed elaborazione dei dati derivati dall'applicazione del modello operativo di esercizio-terapia • Attivazione interventi di counseling motivazionale in occasione degli screening oncologici • Implementazione dei percorsi sul tabagismo e/o per altri soggetti a rischio <p>Soggetti coinvolti: livello regionale: Assessorato alla Sanità, DoRS, Rete Oncologica, Reti specialistiche, RAP; livello locale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pazienti • Servizi specialistici: Medicina dello Sport, Servizi specialistici per patologie esercizio-sensibili (Diabetologia, Cardiologia, Oncologia, Psichiatria, Centri Trapianto, Dietologia ecc.); Dipartimenti di prevenzione; Servizi specialistici per la disassuefazione tabagica (CTT, Pneumologia, SerT, ecc.) • associazioni di malati • famiglie • associazioni sportive
Popolazione target	Soggetti a rischio/con patologia
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<ul style="list-style-type: none"> • N. di progetti di counseling per soggetti a rischio/ASL (almeno 1 per ASL) • N. di percorsi per soggetti a rischio/ASL (almeno 1 per ASL) • Redazione di un report sui dati derivati dall'applicazione del modello di esercizio-terapia • Registrazione delle attività sulla banca dati PROSA (100% di nuovi progetti inseriti; 100% di nuovi interventi/edizioni inseriti)

1.2. Screening oncologici

Referenti tecnici regionali

Raffaella Ferraris, Coordinamento regionale Screening

Razionale e modello logico, strategie

Per gli screening per i carcinomi della mammella, della cervice uterina e del colon retto vi sono prove scientifiche di efficacia rispetto alla diminuzione della mortalità causa-specifica. Essi fanno parte dei LEA. La Commissione Europea ha raccomandato la realizzazione di programmi organizzati di screening dotati di procedure di verifica e assicurazione di qualità negli Stati membri a favore di tutta la popolazione bersaglio. La Commissione Europea ha inoltre pubblicato linee guida per ciascuno dei tre screening, alla redazione delle quali la Regione Piemonte ha attivamente contribuito attraverso Prevenzione Serena e il CPO Piemonte. La Regione Piemonte ha adottato l'attuale programma di screening di popolazione per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto con DGR 111/2006 e successive.

Il Piemonte attua programmi organizzati per la diagnosi precoce dei tumori e/o delle lesioni pretumorali per i tumori per i quali c'è evidenza di efficacia degli interventi di popolazione e questi screening (cervice uterina, mammella, colon retto sono stati inseriti nei LEA (DPCM 29/11/2001)); tali interventi prevedono un invito attivo periodico della popolazione destinataria e un controllo di tutte le fasi del processo diagnostico e di cura che segue l'esecuzione del test di screening. Si basano quindi sull'organizzazione di "percorsi" e sulla integrazione delle risorse disponibili sul territorio. Alla luce delle evidenze scientifiche ulteriormente prodotte a livello sia nazionale che internazionale sono identificabili due ulteriori strategie. La prima è pertinente ad un migliore utilizzo delle risorse disponibili e riguarda la reingegnerizzazione della prevenzione individuale spontanea promuovendo il riorientamento delle persone verso i programmi di screening: tale strategia è basata sulla evidenza che la prevenzione individuale si dimostra mediamente meno efficace e più costosa che non la prevenzione di popolazione mediante i programmi di screening. La seconda strategia riguarda i programmi di screening del cervicocarcinoma mediante l'adozione del modello basato sul test primario HPV-DNA, che si è dimostrato più costo-efficace che non quello che utilizza il pap-test come test primario; esso comporta alcune importanti modifiche, tra le quali rientrano quelle sia di tipo organizzativo (per es. centralizzazione dei laboratori di riferimento) sia della tempistica del round sia della comunicazione. Le evidenze scientifiche a supporto di questo modello sono state riassunte nel "Documento di indirizzo sull'utilizzo del test HPV_DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero" prodotto nell'ambito delle azioni centrali del PNP 2010-12 e trasmesso alle Regioni.

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

Quadro logico regionale

Obiettivo centrale (nazionale)	<ol style="list-style-type: none">1. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)2. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico3. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA4. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella
Obiettivo specifico regionale	<ol style="list-style-type: none">1. Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico, con riconoscimento dei casi di malattia con elevata sensibilità e con elevata copertura di popolazione. Effettuazione dell'attività di diagnosi precoce da parte del SSR all'interno dei programmi validati e controllati (in Piemonte "Programma Prevenzione Serena")2. Mantenimento dell'attenzione alla riduzione dell'uso inappropriato delle risorse diagnostiche3. Introduzione graduale del test per la ricerca del DNA del Papilloma virus umano come test primario per lo screening della cervice uterina per le donne di 30-64 anni4. Stabilire l'opportunità e la fattibilità del perseguimento di tale obiettivo

Programmi	<p>1. Assicurazione di qualità nell'intero processo screening – approfondimenti diagnostici – terapia.</p> <p>Di riflesso, miglioramento degli standard di qualità della terapia oncologica per queste sedi tumorali anche per i casi diagnosticati al di fuori dei programmi di screening. Perché la misura degli indicatori di processo sia efficace nel miglioramento della qualità è necessario che i risultati siano restituiti e condivisi con gli operatori. In Piemonte ciò già avviene ma sarà ulteriormente sviluppato attraverso l'attività dei Centri regionali di riferimento per l'assicurazione di qualità nei tre screening e attraverso workshop regionali per l'approfondimento dei dati. Inoltre, il monitoraggio, la restituzione dei risultati agli attori del progetto e la definizione delle azioni correttive da intraprendere saranno discussi nelle riunioni mensili del comitato di coordinamento regionale degli screening, comprendente i coordinatori e i direttori dei DIDP e i rappresentanti della Regione Piemonte. Proseguirà l'organizzazione di corsi di formazione continua e di aggiornamento specifici per le diverse figure professionali e attività di tirocinio pratico presso i Centri regionali di riferimento.</p> <p>2. Attuazione della riconversione attraverso la copertura della popolazione bersaglio tramite un solo binario di screening rappresentato dal programma regionale Prevenzione Serena.</p> <p>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. L'attuazione della riconversione comprende incontri di formazione continua e di aggiornamento in ciascun Dipartimento con i medici di medicina generale e gli specialisti e incontri con i responsabili e gli operatori dei CUP. L'attuazione della riconversione viene periodicamente monitorata attraverso la produzione degli indicatori di estensione e di qualità degli screening. Il monitoraggio, la restituzione dei risultati agli attori del progetto e la definizione delle azioni correttive da intraprendere sono effettuati in occasione delle riunioni mensili del comitato di coordinamento regionale degli screening, comprendente i coordinatori e i direttori dei DIDP e i rappresentanti della Regione Piemonte, e dei workshop annuali, uno per ciascun programma di screening, ai quali sono invitati tutti gli operatori.</p> <p>3. Programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA; nel corso del 2014 vengono introdotti gradualmente sul territorio regionale e nell'arco di 5 anni sostituirà completamente lo screening citologico per le donne dai 30 ai 64 anni d'età.</p> <p>4. Ricognizione di quanto prodotto negli anni scorsi dalla commissione regionale sul rischio genetico</p>
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <p>La popolazione bersaglio dei programmi di screening in Piemonte è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • screening mammografico, donne 45-75 anni: totale 933.370 (dati 31 dicembre 2012). Il protocollo prevede l'invito attivo biennale tra 50 e 69 anni a 590.306 donne (e l'invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione) e l'adesione spontanea tra 45 e 49 e tra 70 e 75; • screening per il carcinoma cervicovaginale, donne 25-64 anni (invito attivo triennale): 1.204.810; • test HPV-DNA donne 30-64 anni (invito attivo random del 40% del target, con progressiva estensione per giungere al 100% del target in 3 anni); • screening sigmoidoscopico per il carcinoma colo rettale, donne e uomini a compimento del 58° anno: 50.500 ogni anno. Alle persone che non aderiscono all'invito alla sigmoidoscopia viene offerta la possibilità di optare per lo screening con

	<p>il FOBT (sangue occulto nelle feci);</p> <ul style="list-style-type: none"> • screening FOBT (sangue occulto nelle feci) per il carcinoma colo rettale, donne e uomini di 59-69 non invitati nel programma con sigmoidoscopia fino ad esaurimento della coorte in ciascun dipartimento. A partire da una popolazione iniziale di 514.051 persone, questo gruppo si sta progressivamente esaurendo nell'arco di 10 anni. L'esaurimento si verificherà in tempi diversi in relazione alla data di attivazione del programma nei diversi dipartimenti (a Torino, ad esempio, dove il programma è iniziato nel 2003, la popolazione bersaglio di questa modalità di screening è esaurita nel 2013, mentre a Cuneo dove il programma è iniziato a fine 2009, l'attività si esaurirà nel 2019). Della definizione dell'appropriato denominatore si deve tenere conto nel calcolo dell'indicatore. <p>I Centri di Riferimento Regionali, recentemente confermati o costituiti con determina regionale, concorreranno alle attività di controllo di qualità e di formazione.</p> <p>Livello locale (PLP) Le attività precedentemente descritte a livello regionale vengono programmate con le medesime modalità e in riferimento alla popolazione dei 9 Dipartimenti Interaziendali di Prevenzione Secondaria dei tumori.</p> <p>Soggetti / Servizi attuatori a livello regionale ed eventualmente locale Coordinamento regionale screening CPO CRR CSI Dipartimenti Interaziendali di Prevenzione Secondaria dei tumori e UVOS Strutture Ospedaliere di Radiologia, Anatomia Patologica, Ginecologia, Gastroenterologia, Chirurgia, Unità di prelievo / Consultori. Gruppo di lavoro per la ricognizione relativamente all'identificazione precoce dei soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella</p>
Popolazione target	<p>Screening mammografico: donne 45-75 anni. Screening carcinoma cervicovaginale: donne 25-64+ anni (citologico). Test HPV-DNA: donne 30-64 anni. Screening sigmoidoscopico carcinoma colo rettale: donne e uomini a compimento del 58° anno. Screening FOBT (sangue occulto nelle feci) carcinoma colo rettale: donne e uomini di 59-69 non invitati nel programma con sigmoidoscopia (fino ad esaurimento della coorte in ciascun dipartimento). Donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2.</p>
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<p>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.</p> <p>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</p>

	screening mammografico (45-49 e 70-75), verrà inoltre utilizzato l'indicatore rappresentato dalla proporzione di mammografie effettuate in Prevenzione Serena rispetto al totale di mammografie (Prevenzione Serena e ambulatoriali) eseguite in Piemonte.
--	--

	Valore atteso al 31/12/2014
SCREENING MAMMOGRAFICO Copertura da inviti: età 50-69 anni – proporzione di inviti + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	80%
SCREENING MAMMOGRAFICO: Copertura da esami: Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio 50-69 anni	60%
SCREENING CERVICO-VAGINALE: Copertura da inviti: Numero donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio 25-64 anni	97%
SCREENING CERVICO-VAGINALE: Copertura da esami: età 25-64, esecuzione di un numero di esami di screening di primo livello / popolazione bersaglio annuale	50%
SCREENING COLO-RETTALE: Copertura da inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio 58 anni	90%
SCREENING COLO-RETTALE: Copertura da esami FOBT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FOBT / popolazione bersaglio	35%
Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	Adozione degli indirizzi
Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	Avvio del programma in almeno i 2/3 dei Dipartimenti
Identificare i soggetti a rischio eredo-familiare per il tumore della mammella	Effettuazione della ricognizione

1.3. Gestione integrata del diabete nell'ambito del PDTA regionale diabete mellito

Referenti tecnici regionali:

Graziella Bruno.

Razionale e modello logico, strategie

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

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

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

Quadro logico regionale

Obiettivo centrale (nazionale)	Identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari
Obiettivo specifico regionale	Identificazione precoce dei pazienti con diabete misconosciuto afferenti ai MMG e inserimento in Gestione Integrata.

	Riduzione dei ricoveri per complicanze acute del diabete (cheto acidosi, ipoglicemia). Riduzione delle complicanze micro e macroangiopatiche dei pazienti diabetici (infarto, ictus, retinopatia laser-trattata, amputazione arti inferiori, dialisi).
Programmi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazione del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete. 2. Integrazione di dati dei flussi informativi della Regione Piemonte. 3. Produzione reports su epidemiologia e costi del diabete in Piemonte. 4. Attivazione rete diabetologica tramite la conoscenza dei bisogni della popolazione diabetica, indicatori di qualità della cura, costi diretti.
Azioni 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazione del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete. <ul style="list-style-type: none"> • Analisi preliminare dati registrati presso il portale per la Gestione Integrata nella fase pilota. Impostazione programma di miglioramento accuratezza dati registrati da parte dei MMG. • Monitoraggio degli indicatori di processo e di esito dei MMG aderenti alla gestione integrata. • Monitoraggio nel tempo della frequenza di pazienti con nuova diagnosi di diabete (casi incidenti) identificati dai MMG, indicatore proxy di diagnosi precoce della malattia (prevenzione secondaria, approccio individuale). • Valutazione dell'appropriatezza della gestione integrata, della frequenza dell'ospedalizzazione per complicanze acute nei diabetici in gestione integrata vs. diabetici in gestione standard. • Programma sperimentale di integrazione ospedale territorio in due aree territoriali (Asti e Novara), al fine di identificare criticità e soluzioni operative. • Estensione del programma PDTA-diabete alle rimanenti aree regionali al fine di definire in modo condiviso con gli operatori e le associazioni dei pazienti le modalità organizzative e operative idonee all'erogazione delle prestazioni di cui al PDTA-DM da parte della rete regionale dei servizi di diabetologia. 2. Integrazione di dati dei flussi informativi della Regione Piemonte. <ul style="list-style-type: none"> • Completamento informatizzazione dei MMG aderenti alla GID e utilizzo di una piattaforma comune con i servizi di diabetologia di ASL e di AO al fine di creare un network atto a favorire l'audit degli indicatori di processo e di esito dell'attività diabetologica erogata dalle singole strutture diabetologiche regionali. • Analisi dati del Registro Regionale Diabete basato sul linkage dei flussi informativi regionali amministrativi (flussi SDO, prescrizioni, integrative, esenzione per patologia ecc.), produzione dati di popolazione (incidenza, prevalenza, mortalità di diabete e delle sue complicanze, adeguatezza dei percorsi assistenziali erogati alla popolazione regionale, ospedalizzazione, costi diretti). 3. Facilitazione dei processi di programmazione sanitaria (livello regionale e locale) tramite la conoscenza dei dati epidemiologici del diabete in Piemonte, disaggregati per ASL <ul style="list-style-type: none"> • Condivisione nell'ambito della Commissione Diabetologica Regionale dati del Registro. • Presentazione brochure in un convegno ad hoc. • Coinvolgimento operatori sanitari, associazioni pazienti, decisori sanità, al fine di implementare i dati a livello di ASL.

Popolazione target	Diabetici residenti nella Regione Piemonte
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<ul style="list-style-type: none"> - Estensione piattaforma comune MMG/diabetologia alle AO (15%) - Redazione PDTA-Diabete con modello hub e spoke in due aree sperimentali (Asti, Novara) (50%) - Valutazione indicatori di processo IGEA gestione integrata (50%) - Incremento nuovi casi di diabete inseriti nel Registro Diabete Piemonte 2012 vs 2011 (10%) - Riduzione ricoveri complicanze acute del diabete 2012 vs 2011 (10%)

2. Prevenzione incidenti stradali

Referenti tecnici: Maria Teresa Revello, gruppo Guadagnare Salute Piemonte

Razionale e modello logico

In Piemonte, si è osservata nell'ultimo decennio una importante riduzione dei tassi e degli indici di mortalità da incidenti stradali. Riduzione a cui hanno contribuito i migliorati sistemi di sicurezza attivi e passivi, leggi e normative più rigorose, una maggiore efficienza dei Servizi sanitari. Tuttavia, tale problema continua a risultare particolarmente accentuato: nel 2011, il tasso regionale di mortalità per incidenti stradali è stato di 7,6 per 100.000 abitanti, superiore alla media nazionale di 7,1 (HFA, 2013), a sua volta già superiore alla media dei paesi europei occidentali (nel 2010: 6,9 in Italia; 5,6 in Europa occidentale) (HFA Europe, 2013).

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

Fattori di rischio/Determinanti

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

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

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

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

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

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

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

Le *evidenze scientifiche* relative ad **alcol e guida**, su cui tutti gli studi concordano, mostrano che: il rischio di incidenti aumenta, in modo esponenziale, con la concentrazione di alcol nel sangue (a partire da 50 mg di etanolo/100ml di sangue); a parità di alcol ingerito, il rischio aumenta al diminuire dell'età del conducente; il rischio aumenta tanto più rapidamente quanto minore è la frequenza di consumo abituale di sostanze alcoliche. Inoltre, è importante considerare che l'alcol può interagire con altre sostanze e quindi aumentare il rischio di chi assume contestualmente alcol e farmaci o sostanze stupefacenti. I giovani tendono ad utilizzare sempre più l'alcol per socializzare, in particolare nei luoghi di divertimento notturni e nei giorni festivi.

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

Alcune delle **politiche nazionali e regionali**, il Piano Regionale della Sicurezza Stradale (Assessorato ai Trasporti), il Piano Regionale di Prevenzione 2010-12 e 2013 hanno in questi ultimi anni promosso in Piemonte un approccio

integrato al problema incidenti stradali, creando tavoli di lavoro cui partecipano professionisti diversi, afferenti a enti differenti tra loro (es. sanità, trasporti, istruzione ecc.). Il risultato, nella maggior parte dei casi, oltre ad una maggiore integrazione e coordinamento, è la realizzazione di interventi o progetti che tengono in considerazione la multifattorialità e la multidimensionalità del problema considerato.

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

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

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

Strategie

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

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

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

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

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

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

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

- informazione e formazione sui fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida quali uso di alcol e droghe o l’assunzione di farmaci;

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

Indicazione di priorità

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

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

Quadro logico regionale

Obiettivo centrale (nazionale)	Contribuire alla riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali nella popolazione in generale e nei gruppi a maggiore rischio, con particolare attenzione alla prevenzione dei determinanti comportamentali, tra cui uso di alcol, sostanze stupefacenti e psicotrope, eccesso di velocità, mancato o non corretto utilizzo di dispositivi di protezione individuale (uso di casco, cinture e seggiolini per bambini).
Obiettivo specifico regionale	Migliorare la descrizione della distribuzione territoriale, della evoluzione temporale e dell'impatto sanitario dell'incidentalità stradale, caratterizzandola rispetto a diverse dimensioni di analisi (es. genere, età, nazionalità, tipologia di utente).
Programmi	Sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato, e stima del carico di disabilità (<i>burden of disease</i>)
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <p>Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisizione, validazione, documentazione e integrazione delle fonti dati utili. - Definizione, calcolo e restituzione di indicatori di impatto sulla salute. - Definizione, calcolo e restituzione di indicatori di <i>burden of disease</i>. <p>Risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione di completezza e qualità dei dati e degli indicatori ricavabili dai dataset potenzialmente utili. - Miglioramento di affidabilità e utilizzabilità per la valutazione di interventi degli indicatori di impatto sulla salute. - Indicatori di <i>burden of disease</i>. <p>Soggetto attuatore: Servizio sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3, Grugliasco (collaborazione con ISS, Ires Piemonte)</p>

Popolazione target	Popolazione residente in Piemonte
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	1. 100% sui database aggiornati al 2012 (2011 per schede di morte ISTAT). 2. Produzione di indicatori di impatto sulla salute aggiornati al 2012. 3. Produzione di indicatori di <i>burden of disease</i> (DALYS) aggiornati al 2011.

Obiettivo specifico regionale	- Migliorare le conoscenze sui corretti comportamenti alla guida nei giovani e negli adulti attraverso interventi informativi, formativi e educativi realizzati da operatori sanitari e con il coinvolgimento di stakeholder del territorio nei contesti educativi (per le ASL che attivano interventi nelle scuole, autoscuole ecc.). - Modificare l'atteggiamento di guida in stato di ebbrezza a seguito degli interventi realizzati dagli operatori e con il coinvolgimento di stakeholder del territorio (sanità, volontariato, ...) nei contesti del divertimento (per le ASL che attivano interventi nel contesto del divertimento).
Programmi	Promozione di comportamenti di guida responsabile
Azioni 2014	Livello locale (PLP) Attività: Realizzazione interventi informativi ed educativi nei contesti scuola, autoscuola, comunità e centri della sanità. Risultati attesi: Mantenimento di progetti di promozione di comportamenti di guida responsabile, già sperimentati nel precedente PRP, attraverso la realizzazione di interventi formativi-informativi-educativi nei setting previsti. Soggetti attuatori: operatori ASL (in collaborazione con stakeholder del territorio, es. privato sociale, ...)
Popolazione target	Intermedi: operatori ASL, insegnanti, volontari, scuole guida, Forze dell'Ordine,... Finali: adolescenti e popolazione adulta
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Numero di interventi informativi-formativi ed educativi realizzati nei setting previsti sul territorio regionale (Standard: almeno 10 interventi avviati sul territorio regionale) Numero di incontri della rete degli operatori impegnati nei progetti (Standard: almeno 2 incontri nell'anno)

Obiettivo specifico regionale	Migliorare l'adeguatezza degli interventi per il controllo degli illeciti ex art. 186, 186 bis e 187 C.d.S. ai vari livelli di operatività (attività di indagine della Polizia Giudiziaria, accertamenti sanitari, apparato sanzionatorio, giudizi di idoneità alla guida) anche attraverso azioni di rinforzo a livello regionale dei rapporti interistituzionali tra i vari soggetti pubblici interessati.
Programmi	Interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive
Azioni 2014	Livello regionale (PRP) Attività: 1) Mantenimento dell'operatività del gruppo regionale di recente costituzione (DD 8 giugno 2012, n. 387). 2) Aggiornamenti legislativi e giurisprudenziali delle linee di indirizzo regionali nella parte relativa alla definizione procedurale di quanto disciplinato dal C.d.S. in merito agli accertamenti (preliminari e probatori) delle violazioni di specie con approvazione del testo finale per i conseguenti provvedimenti regionali. 3) Raccolta ed elaborazione dati sui sistemi informatici utilizzati nei Pronto Soccorso delle ASR per la messa a punto di interventi atti a migliorare la gestione informatica degli accertamenti ex artt. 186, 186 bis e 187 C.d.S. nei soggetti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti a cure mediche.

	<p>Risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approvazione del testo finale delle linee di indirizzo regionali nella parte relativa alla definizione procedurale sugli accertamenti (preliminari e probatori) delle violazioni ex artt. 186, 186 bis e 187 C.d.S. per i conseguenti provvedimenti regionali. - Analisi complessiva sull'informatizzazione dei Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, propedeutica all'implementazione di iniziative volte a migliorare la gestione informatica degli accertamenti di specie nei soggetti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti a cure mediche. <p>Soggetti attuatori: Assessorato Sanità</p>
Popolazione target	Operatori delle varie istituzioni pubbliche regionali interessate (Assessorati di competenza, strutture sanitarie, Autorità Giudiziaria, Polizia Stradale, Prefettura, ecc.)
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Numero di incontri del gruppo (almeno sei incontri con relativi verbali). 2) Testo definitivo delle linee di indirizzo regionali nella parte relativa alla definizione procedurale sugli accertamenti (preliminari e probatori) delle violazioni ex artt. 186, 186 bis e 187 C.d.S. 3) Acquisizione ed elaborazione dei dati relativi all'informatizzazione di tutti i Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte con strutturazione di apposito report.

Obiettivo specifico regionale	Produrre e disseminare attraverso area focus tematica e su newsletter elettronica (sito DoRS) documentazione varia (sintesi, adattamenti e traduzioni di evidenze scientifiche, indagini, strumenti, ecc.) sul tema degli incidenti stradali, per favorire lo scambio e il trasferimento di evidenze e buone pratiche con i professionisti di promozione della salute e di prevenzione, i portatori di interesse e i decisori a vari livelli.
Programmi	Attività di documentazione e disseminazione finalizzate a favorire il trasferimento e lo scambio di evidenze, buone pratiche, strumenti e metodi
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <p>Attività:</p> <p>Per l'aggiornamento dell'area focus tematica del sito DoRS e della newsletter online le attività previste sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricerca attiva di evidenze scientifiche e di studi sul tema in banche dati e siti istituzionali, sintesi traduzione e adattamenti di evidenze, studi, strumenti, selezione di progetti considerati buone pratiche o pratiche promettenti, pubblicazione dei materiali nella newsletter e nell'area focus incidenti stradali. • Segnalazione tipo "Alert" mediante e-mail di documenti e articoli di interesse pubblicati sulla newsletter indirizzata ai professionisti coinvolti in gruppi di lavoro su incidenti stradali. <p>Risultati attesi: aggiornamento area focus</p> <p>Soggetto attuatore: DoRS</p>
Popolazione target	Operatori impegnati in promozione della salute e prevenzione, decisori, portatori di interesse
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<p>6 contributi tra articoli traduzioni/adattamento di documenti in lingua inglese/francese/spagnola</p> <p>Valorizzazione di progetti considerati Buona pratica: almeno 1</p>

3. Prevenzione incidenti domestici

Referenti tecnici: Maria Teresa Revello, gruppo Guadagnare Salute Piemonte

Razionale e modello logico

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

Fattori di rischio, determinanti e strategie

Gli incidenti domestici, avvenendo in ambiente privato ed essendo nella maggior parte dei casi legati ai comportamenti, sono prevenibili solo se le persone sono consapevoli dei rischi presenti in ambiente domestico; dai dati dell'indagine PASSI si evince che circa il 95% degli intervistati non ha 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.

Quadro logico regionale

Obiettivo centrale (nazionale)	Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero
Obiettivo specifico regionale	Mantenere il fenomeno sui livelli attuali in Regione Piemonte
Programmi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio degli accessi al PS degli Ospedali della Regione 2. Formazione degli insegnanti della scuola dell'infanzia e della scuola primaria sui temi della sicurezza in casa 3. Informazione alla popolazione nelle occasioni opportune 4. Valutazione dei rischi delle abitazioni mediante diffusione del questionario auto compilato
Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio <ol style="list-style-type: none"> 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 2. Formazione <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> a. Rafforzamento della rete di operatori dei Servizi territoriali coinvolti b. Contatti con le scuole dell'infanzia per poter raggiungere i genitori c. Distribuzione dei materiali informativi d. Monitoraggio attraverso lo studio PASSI 4. Questionario auto compilato <ol style="list-style-type: none"> a. Riunioni del gruppo regionale b. Distribuzione dei questionari ad un campione di popolazione c. Analisi dei dati raccolti
Popolazione target	Scuole dell'Infanzia e Scuole Primarie
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<ul style="list-style-type: none"> • Report dati di Pronto Soccorso • Analisi dei dati di monitoraggio dell'attività nelle scuole • Metodologie individuate e analisi di fattibilità • Analisi preliminare dei questionario auto compilati

4. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali

Referenti tecnici: Giulia Ciralli, Oscar Argentero, Fabrizio Ferraris, Roberto Zanelli

Razionale e modello logico

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

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

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

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

Il confronto del censimento ISTAT sull'agricoltura per gli anni 2001/2011 rispetto al numero di aziende agricole (la superficie agricola utilizzata (SAU) e la superficie agricola totale (SAT)) dimostra che in tutte le province si rileva una netta diminuzione percentuale del numero di aziende che varia dal -50,8% di Asti al -8,4% di Verbania; tuttavia proprio nel verbanese e nel vercellese è in aumento la superficie agricola utilizzata, nonostante la riduzione del numero di aziende.

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

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

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

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

Fonte: Rapporto annuale INAIL - Anno 2012.

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

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

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

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

- implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante accordo di conferenza tra Stato e Regioni;
- coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori;
- promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni;
- migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement.

Inoltre, con DD n. 548 del 30/05/2014 è stato approvato il programma di attività della Regione Piemonte e dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro per l'anno 2014, al fine di dare orientamenti ai servizi delle ASL per il raggiungimento dei LEA e per le attività ordinarie di loro competenza.

Quadro logico regionale

Obiettivo centrale (nazionale)	Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli atti di indirizzo del Comitato ex art. 5/81 approvati mediante accordo di Conferenza Stato-Regioni
Obiettivo specifico regionale	Utilizzo ed implementazione dei sistemi informativi attualmente attivi: <ul style="list-style-type: none"> - flussi informativi Inail Regioni; - INFORMO; - registro ex esposti amianto; - registri di patologia (mesoteliomi e tumori naso sinusali); - registro esposti ad agenti cancerogeni; - comunicazioni ex art. 40 D.Lgs. 81/08; - SPRESALWeb.
Programmi	Integrazione dei sistemi informativi per il miglioramento della programmazione delle attività
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • definizione protocolli operativi ASL-COR; • valutazione di fattibilità adozione del sistema OCCAM; • perfezionamento programma spresalweb. <p>Livello locale (PLP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilizzo spresalweb; attivare connessioni veloci <p>Soggetti / Servizi attuatori: Settore regionale Prevenzione e Veterinaria; Spresal.</p>
Popolazione target	Operatori Spresal
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Protocolli operativi definiti tra ASL e COR N. ASL che utilizzano l'applicativo SPRESALWeb/totale ASL

Obiettivo centrale (nazionale)	Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori
Obiettivo specifico regionale	Mantenimento ed implementazione dell'Accordo Regione, Inail, Ufficio scolastico regionale del luglio 2009
Programmi	Sviluppare la cultura della sicurezza nelle scuole
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP) Sviluppo didattica, formazione, informazione, valutazione efficacia interventi.</p> <p>Livello locale (PLP) Partecipazione alle attività definite a livello regionale.</p> <p>Soggetti / Servizi attuatori: Settore regionale Prevenzione e Veterinaria; Spresal, INAIL.</p>
Popolazione target	Operatori scolastici, studenti
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Produzione report monitoraggio

Obiettivo centrale (nazionale)	Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni
Obiettivo specifico regionale	Migliorare l'efficacia dell'attività di prevenzione e controllo
Programmi	Accordi OPV Adozione piani integrati
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza • Attivazione in tutte le province degli organismi provinciali • Atto formale adozione piani <p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • attuazione dei piani concordati tra le istituzioni: <ul style="list-style-type: none"> - piano edilizia (v. allegato) - piano agricoltura (v. allegato) <p>Soggetti / Servizi attuatori: Settore regionale Prevenzione e Veterinaria; Spresal.</p>
Popolazione target	Popolazione lavorativa con particolare riferimento ai comparti edilizia e agricoltura
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Relazione annuale attività OPV tutte le province. Raggiungimento obiettivi quali-quantitativi piani edilizia e agricoltura.

Obiettivo centrale (nazionale)	Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement
Obiettivo specifico regionale	Utilizzo schede di vigilanza edilizia/agricoltura
Programmi	<i>Definizione dei piani di vigilanza edilizia e agricoltura</i>
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adozione/aggiornamento scheda vigilanza edilizia/raccolta delle informazioni su supporto informatico (SPRESALWeb). • Adozione/aggiornamento scheda vigilanza agricoltura. <p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo scheda vigilanza in edilizia. • Utilizzo scheda vigilanza agricoltura. <p>Soggetti / Servizi attuatori: Settore regionale Prevenzione e Veterinaria; Spresal.</p>
Popolazione target	Operatori Spresal
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<p>N. ASL che utilizzano la scheda vigilanza agricoltura / totale ASL</p> <p>N. ASL che utilizzano la scheda vigilanza edilizia o raccolta delle informazioni su supporto informatico (SPRESALWeb) / totale ASL</p>

5. Esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

Referenti tecnici regionali

Maria Irene, Ennio Cadum, Aniello Esposito, Massimo D'Angelo, Dario Mirabelli, Giuseppe Ru.

Razionale e modello logico

Ambiente e salute

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

I rischi legati alle varie esposizioni citate sono ben conosciuti, e sono ricapitolati anche nel PNP, senza necessità di una ridefinizione su scala regionale, per la quale necessita invece una caratterizzazione più precisa dell'esposizione.

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

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

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

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

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

Sul versante dei pericoli chimici, sono state identificate alcune aree soggette a contaminazione ambientale diffusa per la presenza di impianti industriali (fonderie di seconda fusione) altamente inquinanti. Il primo degli episodi ha coinvolto un'area della Bassa Val di Susa (provincia di Torino) e il secondo un'area con epicentro nel comune di Carisio (provincia di Vercelli). In entrambi i casi la contaminazione riguardava essenzialmente microinquinanti organici persistenti (diossine, furani e PCB diossina-simili) con ripercussioni sulla catena alimentare (latte e carni bovine). Le aree sono state sottoposte a campagne annuali di biomonitoraggio per caratterizzare l'evoluzione spaziale e temporale del fenomeno. Tali campagne si sono affiancate e spesso integrate ai controlli previsti dal Piano Nazionale Residui e dal Piano Nazionale Alimentazione Animale.

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

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

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

La collaborazione interistituzionale tra chi si occupa di ambiente e chi si occupa di salute, a partire dagli assessorati competenti e a finire con gli Enti e le Agenzie deputate alla tutela della salute e dell'ambiente, necessita inoltre di maggiori strumenti di integrazione, ed in particolare di un sistema di conoscenze multidisciplinari integrate, che consenta lo studio dell'intero ciclo di esposizione in un territorio (caratterizzazione della fonte, pericolosità degli agenti, trasmissibilità attraverso i media ambientali, valutazione del rischio e dell'impatto sull'ambiente e sulla salute), che deve prevedere come base un potenziamento della sorveglianza epidemiologica ambientale e delle metodologie di stima.

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

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

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

Inquinamento indoor

La qualità dell'ambiente indoor è un importante determinante di salute sia perché i livelli di inquinamento dell'aria indoor sono maggiori rispetto a quelli outdoor per numerose classi di inquinanti, sia per la prolungata permanenza della popolazione all'interno degli ambienti chiusi (fino al 90% del proprio tempo), e per il fatto che i gruppi più vulnerabili trascorrono negli ambienti chiusi una percentuale di tempo anche più elevata rispetto al resto della popolazione.

Si stima che in Europa l'inquinamento indoor sia responsabile del 4,6% delle morti per tutte le cause e del 31% delle inabilità espresse in DALY nei bambini da 0 a 4 anni di età (Valent et al., Lancet, 2004). Circa il

13% dei casi di asma dei bambini europei è correlabile a un eccesso di umidità negli edifici (2009, *WHO guidelines for indoor air quality: dampness and mould*).

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

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

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

Esposizione ad agenti fisici: UV

L'esposizione eccessiva alla radiazione ultravioletta è stata riconosciuta come causa di problemi per la salute pubblica per la crescente numerosità delle persone che si espongono a scopo estetico, anche a radiazione ultravioletta di origine artificiale. L'incremento dell'esposizione è stato infatti riconosciuto da numerose ricerche come causa di patologie della cute anche gravi tra cui assume particolare rilievo il melanoma, tumore cutaneo con esiti potenzialmente severi che negli ultimi anni ha conosciuto un notevole aumento dell'incidenza in diverse aree geografiche tra cui anche il nostro paese (Fears 2011, Colantonio 2013). Diversi studi epidemiologici hanno confermato il nesso causale tra l'aumentato rischio di tumori della pelle (melanoma e anche non melanoma) in soggetti esposti a radiazioni ultraviolette di origine artificiale, evidenziando anche la quota di tumori, in particolare melanomi, attribuibili ad esposizioni eccessive: recenti revisioni sistematiche e meta-analisi hanno stimato in un gruppo di paesi europei che ogni anno si verificano circa 3400 nuovi casi di melanoma di cui 795 mortali correlati all'uso degli apparecchi per l'abbronzatura artificiale (Boniol 2012, Erdmann 2013). In ogni caso, fin dall'anno 2009 l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha classificato le radiazioni ultraviolette di origine artificiale provenienti da lampade e lettini solari, come già in precedenza fatto per quelle di origine naturale, tra gli agenti di Gruppo 1, quelli ritenuti sicuramente cancerogeni per l'uomo (IARC 2009). L'OMS sconsiglia pertanto l'esposizione a radiazione ultraviolette di origine artificiale, ritenendo assodato che ogni esposizione aumenta il rischio di cancro della cute. Diversi studiosi e numerose società scientifiche internazionali (O'Sullivan 2014, Pagoto 2014) propongono di bandire o quantomeno regolare fortemente l'esposizione a tali apparecchi soprattutto nei soggetti più giovani. Tali considerazioni hanno aumentato anche in Italia la consapevolezza circa la necessità di procedere ad interventi di regolazione dell'esposizione a tali apparecchiature. Nel nostro paese, nel 2011 è stata prevista, nell'ambito del nuovo Decreto Ministeriale n. 110/2011 di regolamentazione delle apparecchiature elettromeccaniche utilizzabili nei centri estetici, una scheda specifica (scheda tecnico-informativa n. 7) riferita alle caratteristiche ed alle modalità di esercizio dei solarium per l'abbronzatura artificiale. Con tale norma, che costituisce indubbiamente un passo importante, sono stati introdotti divieti per alcune categorie di utenti (minori di 18 anni, fototipi sensibili ecc.), cautele particolari nell'uso e soprattutto limiti di riferimento per i requisiti tecnici degli apparecchi.

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

Strategie

Ambiente e salute

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

Sul versante della Valutazione dell'Impatto sulla salute (VIS), occorre:

- diffondere ed applicare i principi di buona pratica della VIS nelle sedi istituzionali previste (procedure di VIA, VAS, AIA), aggiornando le conoscenze su metodi e strumenti disponibili;
- migliorare la collaborazione tra Istituzioni deputate alla difesa della salute e dell'ambiente, con definizione di piani di attività e collaborazione pluriennali ed approvazione di accordi interistituzionali;
- formare gli operatori del Sistema Sanitario Nazionale, delle Agenzie Regionali per l'Ambiente (ARPA), gli Amministratori provinciali e regionali sui rischi ambientali per la salute;
- riorientare i sistemi di vigilanza e controllo in base all'individuazione e sorveglianza dei rischi ambientali, sia in campo ambientale, sia in quello sanitario attraverso l'uso di campagne di biomonitoraggio animale e umano laddove necessario.

Inquinamento indoor

Si intende sviluppare le seguenti strategie:

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

Esposizione ad agenti fisici: UV

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

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

Quadro logico regionale

Ambiente e salute

Obiettivi centrali (nazionali)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della “Salute in tutte le politiche” 2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica 3. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti 4. Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell’ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio
Obiettivo specifico regionale	<ul style="list-style-type: none"> • Integrazione interistituzionale Ambiente-Sanità • Piano pluriennale di monitoraggio e biomonitoraggio • Potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale • Miglioramento nella valutazione dell’impatto ambiente-salute a livello locale • Formazione degli operatori
Programmi	Ambiente e salute <ul style="list-style-type: none"> • Disciplina della collaborazione ARPA-Sanità • Pianificazione integrata degli obiettivi 2015/2018 • Sviluppo di linee guida e di indirizzo • Percorso di formazione 2015/2018
Azioni 2014	Livello regionale (PRP) <ul style="list-style-type: none"> • Costituzione di un gruppo di lavoro regionale di coordinamento Ambiente-Salute con rappresentanze almeno dei settori regionali, ARPA, IZS e ASL e un ventaglio di professionalità tali da garantire un’adeguata valutazione del rischio. • Pianificazione e completamento delle attività di biomonitoraggio 2014 su aree a contaminazione nota da diossine e PCB diossino-simili e radionuclidi (TO, VCO, VC). • Definizione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica 2015-2018 con obiettivi, compiti, cronoprogramma, risultati. • Avvio della ricognizione di atti di indirizzo / procedure esistenti e/o di casistiche significative finalizzato alla creazione di un data base delle buone pratiche e a razionalizzare le procedure di gestione. • Redazione di documento di indirizzo finalizzato a razionalizzare la partecipazione ASL ai tavoli locali di valutazione di impatto ambiente-salute (commissioni/conferenze di servizio, ecc.). • Definizione di piano pluriennale di formazione 2015-2018. Livello locale (PLP) <ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione ai tavoli di lavoro e alle iniziative regionali. • Attività di biomonitoraggio 2014. • Supporto alle istituzioni locali attraverso la partecipazione a commissioni/conferenze di servizio/tavoli di lavoro. • Partecipazione alle iniziative di formazione.

Popolazione target	Operatori, Enti, Popolazione Generale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<ul style="list-style-type: none"> • Delibera di costituzione del gruppo di coordinamento Ambiente-Salute. • Determina di costituzione di gruppo di lavoro regionale per la razionalizzazione e omogeneizzazione delle attività e delle procedure dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica.

REACH-CLP

Obiettivi centrali (nazionali)	<p>Realizzare programmi di controllo in materia di REACH-CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi.</p> <p>Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche.</p>
Obiettivo specifico regionale	<ul style="list-style-type: none"> • Piano dei controlli regionali • Progressiva autonomia dei DdP nell'attività dei controlli e campionamenti prevista dai Regolamenti comunitari REACH-CLP e conseguenti Piani Nazionali dei Controlli (PNC) e Piani Regionali dei Controlli (PRC) • Aggiornamento delle competenze in base alle dead-line previste dai Regolamenti REACH-CLP e dei pilot projet proposti dall'ECHA, PNC e PRC
Programmi	<ul style="list-style-type: none"> • Programma di controlli (campionamenti, attività ispettiva/sopralluoghi, audit) • Sistema di segnalazione: sviluppo di una procedura collaborativa con i Servizi dei DdP • Sperimentazione della tecnica dell'audit per la valutazione delle GMP nelle industrie di produzione cosmetici • Formazione su temi specifici REACH-CLP
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corso di formazione per i Direttori dei Dipartimenti, dei Servizi e Referenti REACH-CLP di tutte le ASL. • Corso di formazione per operatori ASL in materia di cosmetici e rischio chimico in campo estetico. • Definizione procedure di campionamento secondo PNC 2014 (SISP e ARPA). • Pianificazione attività di controllo. <p>Livello locale (PLP) Controlli REACH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione dei referenti REACH alle attività pianificate dalla Regione Piemonte. <p>Produzione, importazione e commercializzazione di cosmetici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività di vigilanza secondo le procedure consolidate, presso le nuove attività di produzione e/o importazione, presso i bazar e gli esercizi che presentano eventuali situazioni problematiche già conosciute .

	<ul style="list-style-type: none"> • Esecuzione di campionamenti indicati dalla programmazione regionale SISP. • Partecipazione alle iniziative di formazione. <p><i>Tatuaggio e piercing e pratiche correlate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività di vigilanza secondo le prassi consolidate, presso gli esercizi di tatuaggio e presso produttori, distributori e importatori. • Esecuzione di campionamenti indicati dalla programmazione regionale SISP
Popolazione target	Operatori, Enti, Popolazione Generale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<ul style="list-style-type: none"> • 4 edizioni del corso di formazione REACH (1 per quadrante) • Interventi di vigilanza effettuati negli esercizi di cosmetici e tatuatori/ interventi di vigilanza programmati a livello locale $\geq 80\%$

Amianto

Obiettivo centrale (nazionale)	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione
Obiettivo specifico regionale	Formazione. Controllo delle fonti di esposizione a seguito di segnalazione.
Programmi	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione degli operatori • Informazione della popolazione • Gestione integrata delle problematiche relative all'amianto
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corso di formazione rivolto ai tecnici comunali per l'apertura di sportelli comunali sull'amianto aperti alla popolazione. • Corso di formazione rivolto a tecnici professionisti. • Corso di formazione rivolto agli operatori ASL. • Autorimozione modeste quantità di amianto in matrice cementizia o resinosa. • Incontri informativi scuole. <p>Livello locale (PLP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attuazione della DGR sulla gestione di esposti-segnalazioni relativi a coperture in amianto (SISP). • Attuazione della DGR su rimozione e smaltimento di modeste quantità di amianto (SISP).
Popolazione target	Operatori, Enti, Popolazione Generale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<p>Livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> n. 1 corso per tecnici comunali n. 1 corso per tecnici professionisti n. 1 Corso rivolto ad operatori ASL su autorimozione modeste quantità

Inquinamento indoor

Obiettivo centrale (nazionale)	Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
Obiettivo specifico regionale	Promuovere buone pratiche in materia di sicurezza e qualità dell'ambiente indoor. Vigilanza in ambienti destinati alla popolazione vulnerabile.
Programmi	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione del rischio radon • Formazione dei tecnici progettisti sulle buone pratiche in materia di edilizia anche attraverso la redazione di documenti tecnici / linee di indirizzo per la progettazione degli edifici • Riduzione di procedure obsolete
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione ai lavori del gruppo nazionale "inquinamento indoor". • Revisione delle attività routinarie in relazione alla utilità e all'efficacia. • Indirizzi operativi per l'eliminazione/rimodulazione delle pratiche obsolete. • Definizione criteri di valutazione delle conoscenze legate alla mappatura del radon effettuata da ARPA (v. legge reg. 5/2010) al fine di produrre linee guida. <p>Livello locale (PLP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione ai gruppi di lavoro Nazionale e regionali. • Applicazione degli indirizzi regionali. • Attività di informazione e assistenza su richiesta dei tecnici e della cittadinanza. • Attività di vigilanza secondo le procedure consolidate (Linee di indirizzo per la programmazione 2014 dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica) presso le strutture sociosanitarie, scolastiche, ricettive, carcerarie, alloggi insalubri, strutture sportive e ricreative.
Popolazione target	Operatori, Enti, Popolazione Generale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Formalizzazione di gruppo di lavoro regionale per la revisione delle pratiche e procedure obsolete. Almeno un documento di indirizzo operativo per la eliminazione /rimodulazione di pratiche obsolete.

Esposizione ad agenti fisici: UV

Obiettivo centrale (nazionale)	Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani ed i giovanissimi ed i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV
Obiettivo specifico regionale	Gestione del rischio UV negli esercizi di estetica / solarium
Programmi	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilanza presso i centri di estetica / solarium • Controlli strumentali sulle apparecchiature UV • Avvio attività educazione alla salute sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condivisione con ARPA Piemonte di un piano di controllo sistematico che preveda la verifica annuale di un numero predefinito di esercizi di estetica e solarium e, nel contempo, il rispetto delle prescrizioni di cui alla scheda n. 7 del Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico n. 110 del 12/05/2011. • Avvio sperimentazione attività formative/informative rivolte alla popolazione generale. <p>Livello locale (PLP)</p> <p>1. Vigilanza presso centri di estetica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosecuzione delle attività di vigilanza presso i centri di estetica da parte di tutte le ASL regionali, secondo le procedure consolidate, al fine di stimolare gli estetisti a sviluppare e mantenere comportamenti gestionali corretti a tutela della salute pubblica. <p>2. Vigilanza presso centri solarium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosecuzione delle attività di vigilanza su apparecchiature generanti UV ed elettromeccaniche da parte di tutte le ASL regionali, secondo le procedure fino ad ora applicate, al fine di stimolare gli estetisti a sviluppare e mantenere comportamenti gestionali corretti a tutela della salute pubblica e indurre le ditte produttrici di apparecchi elettromeccanici al rispetto della normativa di settore. • 1 intervento congiunto con ARPA per ciascuna ASL per la verifica strumentale apparecchiature generanti UV ed eventuale ri-controllo nell'arco di 10 giorni (ARPA garantirà le rivisite). <p>3. Partecipazione alle iniziative formative/informative Installazione di monitor informativi in sedi ambulatoriali nelle ASL sede di sperimentazione.</p>
Popolazione target	Operatori, Enti, Popolazione Generale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Controlli strumentali programmati su lampade UV/ controlli programmati $\geq 90\%$

6. Infezioni/malattie infettive prioritarie

Referenti tecnici regionali: SeREMI.

Razionale e modello logico

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

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

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

Fattori di rischio, determinanti e strategie

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

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

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

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

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

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

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

Quadro logico regionale

Obiettivo centrale (nazionale)	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie		
Obiettivo specifico regionale	Identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per la tubercolosi	Migliorare la sorveglianza integrata di morbillo e rosolia	Mantenere il livello di attività di sorveglianza delle malattie batteriche invasive
Programmi	Mantenimento degli standard diagnostici attuali per la tubercolosi	Aumentare la qualità delle diagnosi con conferma dei casi mediante test di laboratorio	Garantire le attività di sorveglianza delle MIB regionale curando la partecipazione attiva dei laboratori
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Coordinare le attività regionali di diagnostica tubercolare, curando la relativa qualità e completezza del sistema informativo • Livello locale (PLP) Promuovere a livello locale l'esecuzione dei test diagnostici per l'identificazione e caratterizzazione della TB e gestione del relativo flusso e sistema informativo • Soggetti/Servizi attuatori SEREMI ASL/ASO 	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Coordinare le attività del piano regionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita • Livello locale (PLP) Promuovere a livello locale l'esecuzione dei test diagnostici e gestione del relativo flusso e sistema informativo • Soggetti/Servizi attuatori SEREMI ASL/ASO 	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Coordinamento e monitoraggio della sorveglianza MIB regionale Realizzazione di eventi formativi e aggiornamenti su MIB • Livello locale (PLP) Segnalazione da parte dei medici ospedalieri e conferma della diagnosi da parte dei laboratoristi • Soggetti/Servizi attuatori SEREMI Clinici e Referenti microbiologi delle ASL/ASO
Popolazione target	Soggetti segnalati per TB	Soggetti notificati per morbillo/rosolia	Popolazione piemontese
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	N° colture eseguite/casi di TB respiratoria notificati (>90%)	Proporzione di casi che ricevono un accertamento di laboratorio (>80%)	N° invii campioni a Lab di Riferimento/ N° casi di MIB da meningococco, pneumococco ed emofilo segnalati (>=90%)

Obiettivo centrale (nazionale)	Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce
Obiettivo specifico regionale	Sorveglianza polio: mantenere un'alta sensibilità e specificità del sistema di sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute
Programmi	Aumentare l'attenzione dei clinici e laboratoristi; mantenere l'attitudine alla segnalazione dei casi, raccolta campioni, analisi di laboratorio e invio laboratorio di riferimento nazionale
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Conduzione della sorveglianza attiva basata sui laboratori, coordinamento e supporto per la gestione dei campioni, incremento dell'attività di ritorno informativo e formazione dedicata. • Livello locale (PLP) Prosecuzione delle attività di segnalazione dei casi di AFP ricoverati, partecipazione alle attività. • Soggetti/Servizi attuatori SeREMI, Referenti dei Reparti di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile dei PO delle ASL e delle ASO, Laboratorio di riferimento nazionale dell'ISS.
Popolazione target	Popolazione regionale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Confronto numero casi segnalati/casi attesi (+/- 2)

Obiettivo centrale (nazionale)	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile
Obiettivo specifico regionale	Prosecuzione dell'informatizzazione dei sistemi informativi regionali delle malattie infettive
Programmi	Mantenimento della gestione informatizzata del sistema di notifica obbligatoria delle malattie infettive (DI. 90) Sviluppo dell'informatizzazione di sorveglianze speciali Sviluppo di nuove funzionalità nella piattaforma di segnalazione delle malattie infettive
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Gestione del nodo regionale della piattaforma. Realizzazione e test dei sistemi speciali di sorveglianza dedicati alle malattie da importazione trasmesse da artropodi. Realizzazione e sperimentazione dell'interfacciamento della piattaforma di segnalazione delle malattie infettive all'Anagrafe unica regionale assistiti (AURA). • Livello locale (PLP) Gestione del nodo locale della piattaforma. Test e adozione delle nuove sorveglianze speciali e funzionalità del sistema informatico. • Soggetti/Servizi attuatori

	Settore regionale Servizi Informativi Sanitari, SEREMI, ASL.
Popolazione target	Popolazione regionale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	N segnalazioni/N. inserimenti nella piattaforma Gemini (100%) Adozione regionale dell'interfacciamento tra i due sistemi informativi

Obiettivo centrale (nazionale)	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)		
Obiettivo specifico regionale	Controllo della diffusione della malattia tubercolare	Controllo della diffusione delle MST	Controllo della diffusione dell'HIV
Programmi	Elaborazione di un documento di indicazioni regionali per la ricerca e il trattamento della ITBL tra i contatti di caso di TB	Mantenimento delle attività della rete regionale dedicata alla diagnosi, cura e prevenzione delle MST	Mantenimento delle attività di sorveglianza regionale dei nuovi casi di infezione da HIV
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP) Emanazione di un documento regionale di indicazioni per la ricerca e il trattamento della ITBL tra i contatti di caso di TB</p> <p>Livello locale (PLP) Adozione delle indicazioni regionali per la ricerca e il trattamento della ITBL tra i contatti di caso di TB</p> <ul style="list-style-type: none"> Soggetti/Servizi attuatori <p>Settore Prevenzione e Veterinaria SEREMI ASL/ASO</p>	<p>Livello regionale PRP) Attività di coordinamento della rete dei Centri MST regionale e dei flussi informativi della sorveglianza IST</p> <p>Livello locale (PLP) Prosecuzione delle attività di prevenzione, diagnosi e cura delle IST presso i Centri</p> <ul style="list-style-type: none"> Soggetti/Servizi attuatori <p>SEREMI Centri MST</p>	<p>Livello regionale PRP) Gestione del sistema di sorveglianza dedicato all'infezione da HIV</p> <p>Livello locale (PLP) Attività di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV da parte dei Centri di Malattie Infettive</p> <ul style="list-style-type: none"> Soggetti/Servizi attuatori <p>SEREMI Centri Malattie Infettive</p>

Popolazione target	Popolazione piemontese	Popolazione sessualmente attiva presente in Piemonte	Popolazione sessualmente attiva presente in Piemonte
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Adozione delle indicazioni regionali per la ricerca e il trattamento della ITBL tra i contatti di caso di TB da parte di tutte ASL/ASO del Piemonte (100%)	N° visite effettuate nei Centri MST nell'anno/ N° visite anno precedente (<10%)	N° centri segnalatori HIV che inviano i dati/ N° centri Malattie Infettive HIV (100%)

Obiettivo centrale (nazionale)	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)
Obiettivo specifico regionale	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli MMG e PDLS
Programmi	Estensione dell'accesso alla piattaforma di segnalazione delle malattie infettive da parte dei MMG e PDLS
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Realizzazione e sperimentazione di un sistema di segnalazione integrato nel portale regionale dedicato ai MMG e PDLS. • Livello locale (PLP) Sperimentazione del sistema di segnalazione integrato. • Soggetti/Servizi attuatori SEREMI ASL MMG e PDLS
Popolazione target	Popolazione regionale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Relazione sui risultati della sperimentazione

Obiettivo centrale (nazionale)	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)
Obiettivo specifico regionale	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali delle ASL piemontesi
Programmi	Consolidare l'uso delle informazioni disponibili nelle anagrafi già connesse al sistema regionale. Proseguire con il completamento della rete (ancora una ASL mancante)
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Attività di coordinamento del progetto, manutenzione del sistema informativo regionale, monitoraggio sulle azioni dell'ASL in ritardo. Sperimentazione d'uso dell'archivio a fini di supporto alla gestione e di monitoraggio d'impatto delle campagne. • Livello locale (PLP) Prosecuzione delle attività di gestione dell'anagrafe, utilizzo dell'anagrafe per il monitoraggio delle coperture. • Soggetti/Servizi attuatori SEREMI ASL

Popolazione target	Popolazione regionale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Proporzione di popolazione regionale coperta dall'anagrafe vaccinale (oltre 90%)

Obiettivo centrale (nazionale)	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione
Obiettivo specifico regionale	Consolidare le attività di promozione dell'offerta vaccinale Migliorare la comunicazione interna in tema di prevenzione delle infezioni
Programmi	Audit regionale sulle attività vaccinali Piano per la comunicazione interna
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Attività di coordinamento, pianificazione e conduzione dell'audit, progettazione attività di comunicazione interna. • Livello locale (PLP) Prosecuzione delle attività vaccinali, partecipazione all'audit, pianificazione locale della comunicazione. • Soggetti/Servizi attuatori SEREMI, ASL e ASO
Popolazione target	Popolazione regionale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Numero di ASL partecipanti all'audit (oltre 90%) Proporzione di ASL con piano di comunicazione (oltre 90%)

Obiettivo centrale (nazionale)	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
Obiettivo specifico regionale	Migliorare la sensibilità e la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
Programmi	Realizzazione di un sistema informatizzato di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) esteso a livello regionale
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Adozione regionale del sistema informatizzato di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE). Estensione del sistema di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) alle Unità prevenzione Rischio Infettivo degli ospedali regionali. • Livello locale (PLP) Adozione locale e utilizzazione del sistema informatizzato di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

	<ul style="list-style-type: none"> • Soggetti/Servizi attuatori SEREMI, Unità prevenzione Rischio Infettivo degli ospedali regionali, ASL/ASO
Popolazione target	Popolazione regionale
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	N. ospedali che aderiscono alla sorveglianza informatizzata (CPE)/ N. ospedali regionali (95%)

Obiettivo centrale (nazionale)	Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
Obiettivo specifico regionale	Monitorare il consumo regionale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale finalizzato al contrasto delle antibiotico resistenze
Programmi	Avviare la progettazione di un sistema di monitoraggio sul consumo regionale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale finalizzato al contrasto delle antibiotico resistenze
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Rilevazione e valutazione dei bisogni informati necessari a livello regionale. Identificazione delle fonti informative disponibili e loro possibili utilizzi per il disegno di un sistema di monitoraggio. • Soggetti/Servizi attuatori Settore regionale Farmaceutica ospedaliera e territoriale Settore regionale Servizi informativi sanitari Settore regionale Prevenzione e veterinaria SEREMI
Popolazione target	Popolazione piemontese
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Relazione della rilevazione dei bisogni informati necessari e delle fonti informative disponibili

Obiettivo centrale (nazionale)	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza
Obiettivo specifico regionale	Mantenere e migliorare la gestione dei flussi informativi sulle antibiotico resistenze
Programmi	Revisione e informatizzazione delle schede dedicate alla rilevazione annuale di antibioticoresistenza da parte delle Unità di Prevenzione del Rischio Infettivo degli ospedali
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Livello regionale (PRP) Revisione schede, informatizzazione e test. • Livello locale (PLP) Partecipazione al test di almeno due UPRI cui fa capo di più di un ospedale/presidio. • Soggetti/Servizi attuatori

	SEREMI UPRI Partecipanti al Gruppo di Lavoro Infezioni Correlate all'Assistenza-GLICA
Popolazione target	——
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Emanazione programma regionale sulle ICA comprendente l'aggiornamento delle schede Relazione esito test informatizzazione

7. Sicurezza alimentare

Referenti tecnici regionali: Marcello Caputo, Mauro Cravero, Bartolomeo Griglio, Maurizio Roceri

Razionale e modello logico

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

Il cosiddetto "pacchetto igiene" compie 10 anni e, seppure con qualche scricchiolio, ha finora retto alla crisi economica internazionale ed alle tentazioni di ricavare margini di competitività delle imprese abbassando l'asticella dei controlli sanitari. Non era affatto scontato, se si pensa che l'unica possibile alternativa è quella di agire sulle organizzazioni di controllo che, come noto, hanno una storica tendenza conservativa che si traduce nella auto replicazione invariata.

Abbiamo così rispettato anche i principi della nostra Costituzione repubblicana che, ben prima dell'Europa, aveva stabilito, all'art 41, che l'attività dell'imprenditore *"non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana..."* e all'art. 32 che la tutela della salute è un "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività".

Gli obiettivi di sicurezza alimentare sono quindi fuori discussione, ma gli strumenti per raggiungerli stanno cambiando a causa della crisi economica e per effetto delle relative manovre economiche di contrasto. È su questo piano che le amministrazioni pubbliche e le organizzazioni private dovranno fare i conti a breve termine e lavorare per un "nuovo corso".

Accenniamo, soltanto per punti, i principali argomenti di discussione che potrebbero essere di stimolo al cambiamento:

- 1) una maggiore integrazione tra gli obiettivi di sicurezza degli alimenti ed i programmi di prevenzione rivolti a ridurre i fattori di rischio delle malattie croniche non infettive che, in Europa, rappresentano il 75% delle cause di morte della popolazione. L'obiettivo non è quello di avere un unico Piano Nazionale per tutte le attività di prevenzione, ma disporre di uno strumento agile ed efficace per mettere in relazione attività e risultati dei singoli piani intervenendo con azioni centrali per abbandonare pratiche mediche e veterinarie di dubbia o scarsa efficacia a favore di interventi innovativi ed incisivi sul piano della tutela della salute umana ed animale.
- 2) La Conferenza Stato Regioni ha approvato importanti provvedimenti di attuazione dei Regolamenti comunitari del cosiddetto "pacchetto igiene" ed altri accordi che riguardano la programmazione dei controlli di sicurezza alimentare sono in dirittura di arrivo. L'omogeneità degli standard organizzativi delle Organizzazioni di Controllo per la sicurezza degli alimenti sta diventando un elemento di garanzia e di confronto tra i Paesi UE e la capacità d'uso dello strumento dell'audit di sistema dovrà crescere di pari passo per superare le tentazioni locali di autoreferenzialità che, purtroppo, permangono ancora in vaste aree della prevenzione sanitaria.
- 3) L'internazionalizzazione dei mercati e l'aumento delle esportazioni sta ponendo ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL una nuova e crescente domanda di servizio che rischia di non essere compatibile con i vincoli di spesa e di personale previsti dalla spending review. La Sanità Pubblica non può e non deve essere un ostacolo per la circolazione di beni e servizi in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalle norme in vigore.
- 4) L'eliminazione di pratiche mediche e veterinarie di dubbia o scarsa efficacia, spesso determinate dalla difesa di una sotto occupazione professionale che nel tempo ha anche contribuito ad abbassare la preparazione tecnica e l'aggiornamento professionale degli operatori di sanità pubblica fino a lasciare varchi di ingresso per altre professioni che fino a pochi anni fa intervenivano marginalmente ed in ambiti esclusivamente amministrativi nell'area della sicurezza alimentare.
- 5) La necessità di puntare alla qualità sanitaria delle produzioni primarie, dall'agricoltura all'allevamento degli animali produttori di alimenti, per poter assicurare la qualità e la ricchezza dell'enogastronomia italiana. Lo spostamento dell'attenzione sanitaria nelle prime fasi della filiera produttiva contribuisce a ridurre i controlli nelle fasi successive, a far crescere la responsabilità delle aziende produttrici e ad abbattere i costi di

produzione (competitività). Ne è un recente esempio il piano per la paratubercolosi bovina che, oltre a migliorare la tutela della salute umana ed animale, sta aprendo nuovi mercati in Paesi Terzi.

- 6) Nella “mission” dei servizi medici e veterinari dell’area della prevenzione non c’è soltanto la tutela della salute, ma anche la certificazione dei prodotti e dei processi che, oltre ad essere una “garanzia” per il consumatore sono il “passaporto” per poter vendere i prodotti in tutto il mondo.

Ogni euro speso per il raggiungimento di questi obiettivi non è un costo per il sistema sanitario, ma un investimento per produrre ricchezza ed occupazione nel Paese e, quindi, per avere le risorse necessarie a finanziare un sistema sanitario che, anche se negli anni passati è stato un po’ spendaccione, non ha mai rifiutato l’assistenza sanitaria a chi non poteva esibire carte di credito o assicurazioni private.

La difesa dei valori della sanità pubblica richiede impegno, perché gli attuali livelli di tutela della salute umana e degli interessi dei consumatori non sono acquisiti “per sempre”, ma vanno costantemente rinnovati e sostenuti.

La salute è un diritto costituzionale, come il lavoro. Se crescono la disoccupazione e la povertà, oltre ad aumentare la domanda di salute, si riducono le entrate e lo stanziamento per sostenere il SSN.

Fattori di rischio, determinanti e strategie

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

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

Priorità

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

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

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

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

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

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

Quadro logico regionale

Obiettivo centrale (nazionale)	Sicurezza alimentare
Obiettivo specifico regionale	Migliorare la qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e le garanzie di salute legate al consumo di alimenti
Programmi	Attuazione del Piano regionale integrato sicurezza alimentare
Azioni	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Definizione e invio alle ASL del Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (PRISA). Valutazione dei livelli di coerenza nei PAISA. Valutazione livelli di attuazione PRISA/PAISA. Prosecuzione programmi audit sistema. Programmazione ed effettuazione audit di sistema e settore nelle ASL. Definizione di azioni di comunicazione indirizzate ad imprese, associazioni, popolazione generale. Definizione e coordinamento delle iniziative di formazione attivate dalle ASL. Implementazione gestione Allerta e sorveglianza MTA. Definizione di programmi prevenzione in ambito nutrizionale con particolare riferimento all'attuazione di progetto ed accordo quadro con Associazioni di categoria per la riduzione del contenuto di sale nel pane. <p>Livello locale (PLP/PAISA)</p> <ul style="list-style-type: none"> Recepimento indirizzi PRISA. Definizione PAISA ed attuazione delle azioni previste. Prosecuzione del processo di miglioramento della qualità ed efficacia dell'attività di controllo. Supporto ai processi di valutazione mediante audit di sistema. Organizzare incontri per la comunicazione del PAISA a livello locale sulla base di indirizzi regionali. Organizzare eventi formativi indirizzati agli operatori di tutte le ASL secondo il programma formativo regionale. Implementazione procedure del nodo aziendale allerta e della gestione delle MTA. Attuazione delle azioni di prevenzione in ambito nutrizionale. <p>Soggetti / Servizi attuatori a livello regionale ed eventualmente locale 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.</p>
Popolazione target	Imprese alimentari, operatori sanitari, associazioni di categoria e popolazione generale.

Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	FONTE DI VERIFICA	VALORE ATTESO AL 31/12/2014
1. Attuazione del PRISA. a) Recepimento indirizzi regionali nel PAISA: azioni recepite nel PAISA / azioni previste nel PRISA b) Attuazione programmazione locale: azioni attuate nell'ASL /azioni previste dal PAISA	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	a) Almeno 70% in ogni ASL b) Almeno 80% in ogni ASL
2 Attuazione programma regionale audit autorità competente	Evidenza documentale	Almeno l'80% degli audit previsti
3 Attuazione azioni di comunicazione del PAISA nelle ASL	Evidenza documentale	Organizzazione di incontri/azioni di comunicazione nell'80% delle ASL
4 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	Evidenza documentale/Sito regionale ECM	Almeno 10 eventi su 15 previsti nel 2014
5 Implementazione attività nodo aziendale e gestione MTA	Evidenza documentale	Rispetto degli obiettivi assegnati nel PRISA nell'80% delle asl
6 Attuazione azioni di prevenzione in ambito nutrizionale: progetto regionale riduzione del contenuto di sale nel pane	Evidenza documentale	Stesura progetto e approvazione accordo con Associazione Panificatori

8. Organizzazione e governance del Piano

Referenti tecnici: segreteria CORP

Razionale e modello logico

Da alcuni anni è riconosciuta l'importanza del tipo di organizzazione sanitaria come uno dei determinanti della qualità e dell'efficacia degli interventi del sistema sanitario. L'attenzione ai modelli organizzativi come determinanti di interventi più efficaci e/o di maggiore qualità diventa elemento essenziale della pianificazione anche in prevenzione. In altre parole, è necessario scongiurare la possibilità di un "effetto (di tutela della salute e/o di promozione e/o di prevenzione) minore di quanto ottenibile a causa di scelte organizzative o di performance non ottimali".

Questa condizione va affrontata sia rispetto alla funzione di erogazione degli interventi in senso stretto, sia rispetto alla funzione di governance, vale a dire di coordinamento e governo di tutti gli attori che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, promozione e tutela della salute.

In Piemonte è stato adottato fin dal 2009 un modello di coordinamento basato sul coinvolgimento dei responsabili della programmazione e attuazione degli interventi a livello locale (coordinatori PLP) e sulla ricerca dell'armonizzazione del PRP con le attività più o meno consolidate nei Servizi.

Il governo della programmazione e della realizzazione degli interventi si articola su due livelli, quello regionale e quello locale, tra loro raccordati.

Il coordinamento regionale della prevenzione ha due organismi: un'assemblea consultiva, l'Assemblea dei Servizi di prevenzione, e un organismo operativo, il Coordinamento della Prevenzione (CORP).

Il CORP è composto dai coordinatori PLP, dai responsabili dei settori regionali, da rappresentanti dei Servizi Regionali di riferimento (Servizi Sovrazonali di Epidemiologia, DORS, CPO, ARPA, IZS, ecc.).

Dovrebbe rappresentare il luogo di confronto tra il livello regionale e locale, in cui progetti e programmi della prevenzione sono ordinati secondo un livello appropriato e coerente di priorità e di fattibilità, sono ricondotti ad un disegno unico e vengono valutate le modalità/necessità di coordinamento e integrazione interne ed esterne alla Sanità.

Al Coordinamento della Prevenzione è affidato il compito della redazione e dell'aggiornamento del Piano regionale di prevenzione, dello sviluppo di azioni di accompagnamento e supporto alla sua realizzazione, del monitoraggio dello stato di attuazione e del grado di raggiungimento degli obiettivi.

Il CORP lavora attraverso:

- una segreteria più ristretta che provvede all'istruttoria delle questioni principali poste dal CORP e/o da adempimenti normativi;
- sottogruppi di lavoro temporanei o stabili dedicati a:
 - o programmazione annuale regionale e locale;
 - o valutazione e rendicontazione del Piano;
 - o governance del Piano, supporto, formazione e aspetti organizzativi.

I coordinatori PLP sono attualmente identificati nei direttori dei Dipartimenti di Prevenzione o loro delegati e hanno la funzione di coordinare e armonizzare tra loro le numerose attività, favorire l'incontro e l'integrazione dei soggetti interessati, superare gradualmente le barriere tutt'ora esistenti fra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi.

Lavorano in collaborazione con tutte le strutture sanitarie e non sanitarie dell'ASL di riferimento con il supporto delle funzioni trasversali (epidemiologia, promozione della salute, formazione, ecc.) in grado di facilitare gli obiettivi di integrazione e supportare metodologicamente la elaborazione dei progetti.

Al coordinatore PLP è affidato il compito della redazione e dell'aggiornamento del Piano Locale di Prevenzione, dello sviluppo di azioni di accompagnamento e supporto alla sua realizzazione, del monitoraggio dello stato di attuazione.

Realizzando un migliore raccordo con gli uffici regionali coinvolti, nel 2014 l'attenzione sarà concentrata su due fronti:

- sostegno alla programmazione 2014 attraverso il lavoro di stesura e coordinamento dei programmi da inserire nel PRP e da utilizzare come riferimento per i PLP;
- stesura del PRP 2015-2018, anche attraverso momenti formativi ad hoc, che richiederà l'aggiornamento del profilo di salute, la revisione del quadro strategico del Piano e dell'architettura organizzativa, la

revisione della composizione del CORP e del ruolo dei servizi di supporto rispetto al PRP, alla luce del mutato quadro organizzativo (p.e. Settori regionali, Direzioni integrate della prevenzione).

Fattori di rischio, determinanti e strategie

In Piemonte la funzione di stewardship articolata sui due livelli, regionale e locale, ha dimostrato interessanti potenzialità.

A livello Regionale il CORP ha supportato la Direzione Sanità nella redazione e nel monitoraggio del Piano Regionale di Prevenzione. Ha inoltre supportato la programmazione e le attività locali attraverso documenti di indirizzo, diffusione di informazioni (atlanti, newsletters ...), seminari e workshop tematici.

Grazie alla composizione multisettoriale e multidisciplinare ha potuto mettere in condivisione elementi di conoscenza specifica e di metodo, ha aiutato il superamento dei diversi steccati e favorito la concorrenza di azioni per il raggiungimento di un obiettivo comune, evidenziando esigenze e criticità locali.

Nel periodo 2010/2014 tutte le ASL hanno redatto i Piani Locali di Prevenzione (PLP), nei quali è stato possibile individuare una regia (il Coordinatore PLP), un evidente lavoro di squadra e una buona capacità di interessare alleanze con il mondo esterno. Sebbene il Piano Locale di Prevenzione fosse uno strumento di programmazione inusuale e innovativo, le ASL vi hanno dedicato notevole impegno.

Il coordinatore PLP si è spesso adoperato per garantire il necessario accompagnamento, monitoraggio e sostegno allo svolgimento delle attività previste dal Piano (attraverso specifici corsi di formazione, condividendo informazioni, bisogni, priorità e metodi).

Tutte le ASL hanno prodotto la relazione annuale sui risultati ottenuti.

Determinanti

Le funzioni di stewardship richiedono tempo dedicato e riconoscimento del ruolo. La mancata concettualizzazione del proprio ruolo di steward, sia a livello regionale che aziendale, nonché la mancanza di tempo per lo più legata alla sovrapposizione di incarichi, non ha consentito di completare tutte le azioni programmate. Il percorso compiuto dal 2010 al 2014 ha visto un progressivo decadimento della qualità dei risultati man mano che si indeboliva l'architettura di governo del Piano.

L'assenza di un'analisi strutturata dei portatori di interesse da coinvolgere non ha consentito di mettere in campo tutte le risorse utili al raggiungimento degli obiettivi del PNP.

L'assenza di una sistematica rassegna, a livello di erogazione, delle possibili sinergie con strutturazioni organizzative diverse da quelle responsabili delle attività di prevenzione ha spesso compromesso l'integrazione delle diverse attività in un insieme armonico e finalizzato. Particolarmente difficoltoso è risultato il coinvolgimento dei MMG.

La difficoltà ad allineare la programmazione PRP/PLP a quella dell'attività "istituzionale" dei servizi (programmazione di settore) ha reso oneroso gestire il doppio binario e superare la tendenza a ragionare per competenza istituzionale più che per obiettivo di salute. In tal senso l'approccio "per determinanti" proposto dal PNP 2014-2018 dovrebbe incoraggiare una nuova prospettiva. Occorre però superare l'articolazione per "progetti", rendere maggiormente evidente il contesto in cui si collocano le diverse azioni e consentire l'integrazione e la complementarità fra attività consolidate ed innovative.

La ricerca dell'efficacia delle azioni e valutazione del risultato sono raramente praticate anche a causa della oggettiva difficoltà. La valutazione dei Piani finalizzata alla certificazione ministeriale ha presentato qualche difficoltà e incoerenza, l'attenzione si è molto concentrata sulla valutazione dei processi (volumi di produzione o servizi prodotti), meno sulla valutazione dell'effetto (outcome).

Obiettivi

È possibile identificare alcuni obiettivi centrali a carattere di sistema, e quindi trasversali ai vari temi del PRP:

- a) Sviluppo del ruolo di steward della prevenzione sia a livello regionale che di ASL nella relazione con i portatori di interesse interni ed esterni al sistema sanitario;
- b) Programmazione inclusiva che non si limiti a sommare le diverse programmazioni di settore ma sappia legarle, anche sulla base delle evidenze epidemiologiche, in un percorso condiviso finalizzato ad un obiettivo comune;

- c) Valutazione degli interventi in relazione all'efficacia, progressiva eliminazione delle pratiche obsolete e promozione delle iniziative efficaci;
- d) Implementazione di nuovi interventi più costo-efficaci;
- e) Estensione a tutto il territorio di un sistema informativo che sorvegli qualità e quantità delle azioni di promozione della salute, che sia in grado di selezionare e valorizzare le buone pratiche, di monitorare le attività e quantificarne il consumo di risorse;
- f) Maggiore utilizzo a livello regionale e locale di indicatori epidemiologici anche attraverso un adeguamento dell'information technology e l'integrazione dei sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale;
- g) Inserimento/rafforzamento di indicatori di copertura dei principali interventi di popolazione per gli indicatori di risultato dei Direttori generali e della remunerazione di risultato dei professionisti;
- h) Utilizzo degli strumenti di gestione e budgeting aziendali per aumentare l'efficienza nell'ottemperare agli adempimenti normativi.

Quadro logico regionale

Obiettivo specifico regionale	Supporto alla pianificazione, gestione e monitoraggio del Piano regionale di prevenzione
Programma	Supporto alla programmazione e attuazione del Piano regionale e dei Piani locali di prevenzione 2014
Azioni 2014	<p>Livello regionale (PRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - riunioni CORP; - attività della segreteria CORP; - attività del gruppo di lavoro per la programmazione 2014; - attività del gruppo di lavoro per la rendicontazione 2013 e la valutazione qualitativa (<i>livello regionale</i>); <p>Livello regionale e locale</p> <ul style="list-style-type: none"> - formazione a supporto della programmazione locale; <p>Livello locale (PLP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - funzione locale di governance del PLP; <p>Soggetti / Servizi attuatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CORP, segreteria CORP e sottogruppi di lavoro; ▪ referenti funzione Direzione integrata prevenzione.
Popolazione target	Operatori impegnati nell'elaborazione e attuazione del PRP e dei PLP.
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizzazione di almeno un corso di formazione a livello locale

Obiettivo specifico regionale	
Programma	Realizzazione delle sorveglianze di popolazione
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raccolta dati Okkio alla Salute, HBSC, PASSI (<i>livello locale</i>) ▪ Coordinamento, analisi e comunicazione dei risultati: <ul style="list-style-type: none"> • Okkio alla salute, PASSI, PASSI D'Argento [<i>livello regionale e locale</i> (per PASSI D'ARGENTO il livello locale ASL TO2)]; • HBSC (<i>livello regionale</i>) <p>Soggetti / Servizi attuatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppo regionale sorveglianze ▪ Coordinatori, Vicecoordinatori e Referenti regionali delle sorveglianze ▪ SSEPI ASL NO ▪ Coordinatori aziendali, intervistatori e operatori aziendali che contribuiscono alla raccolta dati e comunicazione dei risultati
Popolazione target	Popolazione generale, direzioni regionali e aziendali, operatori regionali e locali delle sorveglianze, altri decisori e stakeholders regionali e locali degli argomenti trattati dalle sorveglianze
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicatori di processo relativi all'attuazione delle sorveglianze: <ul style="list-style-type: none"> - <i>realizzazione interviste PASSI in tutte le ASL del Piemonte: atteso Regionale 2014: 3179 standard 75% (le ASL partecipano con rappresentatività aziendale e regionale)</i> - realizzazione nei tempi previsti (giugno 2014) raccolta dati Okkio alla Salute con livello di rappresentatività aziendale e regionale; - realizzazione nei tempi previsti (giugno 2014) raccolta dati HBSC con livello di rappresentatività regionale. ▪ Realizzazione di almeno un'azione di comunicazione dei risultati delle sorveglianze (<i>livello locale</i>).

Programma	Elaborazione del Piano regionale di prevenzione 2015-2018
Azioni 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione qualitativa: pubblicazione storie di successo, questionario operatori (<i>livello regionale e locale</i>); - valutazione quantitativa anche con utilizzo dei dati ricavabili dalle sorveglianze di popolazione nei capitoli pertinenti (<i>livello regionale</i>) - formazione a supporto della programmazione pluriennale (<i>livello regionale e locale</i>); - aggiornamento del profilo di salute della Regione Piemonte da richiedere ai servizi specialistici (<i>livello regionale</i>); - disciplinare i rapporti Regione-ASL e i rispettivi ruoli nell'attuazione del Piano. <p>Soggetti / Servizi attuatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CORP, segreteria CORP e sottogruppi di lavoro; ▪ Direzione Sanità; ▪ Servizi specialistici; ▪ referenti funzione Direzione integrata prevenzione.
Popolazione target	Operatori impegnati nell'elaborazione e attuazione del PRP e dei PLP.
Indicatori di processo e relativo standard (valore atteso)	Realizzazione di almeno un evento/corso di formazione a livello regionale per i referenti della progettazione.



**PIANO REGIONALE
DI PREVENZIONE IN EDILIZIA
PER GLI ANNI 2014-2015**

INDICE

CAPITOLO 1 - INQUADRAMENTO DEL CONTESTO REGIONALE.....	1
1.1 - GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE NEL COMPARTO COSTRUZIONI IN PIEMONTE	1
1.2 - L'ATTUALE SCENARIO NORMATIVO ED ISTITUZIONALE	1
1.3 – LE INDICAZIONI NAZIONALI	2
Vigilanza e Controllo del territorio con azioni di intelligence.....	2
Sorveglianza sanitaria e prevenzione rischi di malattia professionale.....	3
Azioni di informazione e assistenza	3
Azioni di formazione	3
1.4 - LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI CONDOTTI IN EDILIZIA: SPUNTI PER LA RIPROGRAMMAZIONE	3
Pressione di controllo	4
Miglioramento della qualità e dell'omogeneità degli interventi di vigilanza	4
Miglioramento dell'efficacia delle azioni di formazione	5
Implementazione e sostegno dell'effetto alone.....	5
Attivazione di interventi multicomponenti	5
Ottimizzazione dei dati di attività disponibili, attraverso la revisione del sistema informativo	5
Miglioramento del piano di valutazione del progetto.....	6
1.5 - LE COSTRUZIONI IN PIEMONTE: SITUAZIONE INFORTUNISTICA ED ANDAMENTO DELL'OCCUPAZIONE .	6
1.5.1 - I DATI GENERALI.....	6
1.5.2 - IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA REGIONALE DEGLI INFORTUNI MORTALI IN EDILIZIA.....	9
CAPITOLO 2 - LE LINEE DI INDIRIZZO E LE AZIONI PER LA PREVENZIONE NEL COMPARTO DELLE COSTRUZIONI.....	11
2.1 - GLI OBIETTIVI E LE STRATEGIE	11
2.2 - INDIRIZZI SULLE AZIONI DI VIGILANZA E CONTROLLO.....	12
2.2.1 - IL NUMERO DI INTERVENTI DI VIGILANZA.....	12
2.2.2 - IL MONITORAGGIO DEL TERRITORIO E LA SCELTA DEI CANTIERI DA ISPEZIONARE	12
La scelta dei cantieri per avvistamento	13
La scelta dei cantieri su selezione delle notifiche.....	13
Il monitoraggio dei cantieri non ispezionati	13
Il controllo dei cantieri di committenza pubblica	14
2.2.3 - LE AZIONI MIRATE ALL'OMOGENEIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DA PARTE DEI SERVIZI	14
La verifica e l'eliminazione delle condizioni di rischio prioritario.....	14
Il controllo degli aspetti "organizzativi"	15
Lavoratori autonomi	16
La verifica della formazione e dell'addestramento	17
Il controllo degli aspetti relativi alla sorveglianza sanitaria.....	17

La formazione degli operatori dei Servizi	18
2.2.4 - IL COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SOGGETTI DELLA PREVENZIONE: DTL, INAIL, INPS,VVF.....	19
2.3 - IL SISTEMA INFORMATIVO	19
La registrazione e l'invio dei dati di attività.....	20
La registrazione e l'invio delle notifiche preliminari	20
2.3.1 - LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI.....	21
2.4 - LE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E INFORMAZIONE	21
2.4.1 - LA DIFFUSIONE DELLE BUONE PRATICHE	21
2.4.2 - LA COMUNICAZIONE SOCIALE E LE AZIONI MIRATE AL POTENZIAMENTO DELL'EFFETTO ALONE DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA.....	22
2.4.3 - L'INFORMAZIONE E L'ASSISTENZA ALLE FIGURE STRATEGICHE DELLA PREVENZIONE	22
2.5 - LE ATTIVITÀ DI VIGILANZA A LIVELLO TERRITORIALE SULLE GRANDI OPERE PUBBLICHE.....	23
ALLEGATO I - SCHEMA DELLE SITUAZIONI DI CANTIERE "SOTTO IL MINIMO ETICO DI SICUREZZA"	24
ALLEGATO II - CATEGORIE DI RISCHIO	25
Livello di priorità 1: probabilità maggiore di infortunio grave o mortale.....	25
Livello di priorità 2: probabilità minore di infortunio grave o mortale	26
ALLEGATO III - VERIFICHE DI MINIMA IN CANTIERE	27
ALLEGATO IV - SCHEDA DI CANTIERE.....	28

CAPITOLO 1

INQUADRAMENTO DEL CONTESTO REGIONALE

1.1 - GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE NEL COMPARTO COSTRUZIONI IN PIEMONTE

La riduzione dei casi di morte evitabile e di perdita di integrità fisica, correlati agli infortuni ed alle malattie professionali in edilizia, è da diversi anni uno degli obiettivi di prevenzione prioritari del sistema sanitario piemontese.

Le esperienze degli anni precedenti insieme all'adesione ai principi e alle azioni contenute nel Piano Edilizia Nazionale 2008-2012, hanno portato alla stesura del Piano Regionale di prevenzione in edilizia 2009-2010 approvato con D.D. della Direzione Sanità della Regione Piemonte n.464 del 20.08.09, successivamente aggiornato con D.D. della Direzione Sanità della Regione Piemonte n.538 del 05.08.2010. I suddetti Piani Regionali sono stati successivamente prorogati fino a tutto l'anno 2013 in concomitanza con la proroga del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, inoltre costituiscono riferimento specifico per i Livelli Essenziali di Assistenza nell'ambito dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015 adottati dalla Regione Piemonte con D.G.R. 25-6992 del 30.12.2013. Pertanto, a distanza di tempo, si è reso necessario l'aggiornamento del Piano Regionale Edilizia, anche alla luce dell'attuale scenario normativo e istituzionale regionale nonché delle indicazioni nazionali per il settore delle costruzioni.

Il presente Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia per gli anni 2014 – 2015, nel segno della continuità con quanto finora il sistema pubblico di prevenzione ha messo in atto, è lo strumento aggiornato con il quale la Regione Piemonte contribuisce al perseguimento dell'obiettivo di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nel settore delle costruzioni, come richiesto dal Piano Nazionale della prevenzione 2014-2018. Il suddetto Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia verrà implementato nell'ambito della programmazione operativa frazionata del Piano Regionale di Prevenzione, che costituisce declinazione regionale del piano strategico nazionale di quinquennio.

1.2 - L'ATTUALE SCENARIO NORMATIVO ED ISTITUZIONALE

L'art. 7 del DLgs 81 del 9 aprile 2008, cosiddetto "Testo Unico in materia di igiene e sicurezza sul lavoro", prevede la costituzione, presso ogni Regione e Provincia Autonoma, di un Comitato regionale di coordinamento (CRC), a cui spetta la realizzazione di una programmazione coordinata degli interventi di prevenzione. Il CRC, come stabilito dal DPCM del 21 dicembre 2007, è composto dagli enti istituzionali e dalle rappresentanze delle parti sociali a vario titolo interessati alla gestione e promozione della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Il suddetto decreto prevede inoltre la costituzione dell'Ufficio Operativo di Vigilanza (UOV), composto dagli enti facenti parte del CRC ed aventi specifiche funzioni di vigilanza: le ASL, la Direzione Regionale del Lavoro, i VVF, l'INAIL e l'INPS. Compiti dell'UOV sono la pianificazione del coordinamento delle rispettive attività, individuando le priorità a livello territoriale, e la definizione dei piani operativi di vigilanza nei quali sono individuati gli obiettivi specifici, gli ambiti territoriali, i settori produttivi, i tempi, i mezzi e le risorse ordinarie che sono rese sinergicamente disponibili da parte dei vari soggetti pubblici interessati. L'UOV del Piemonte ha definito un *Protocollo d'intesa per le azioni di vigilanza congiunta finalizzate al miglioramento delle condizioni di sicurezza, di salute, di prevenzione incendi e di regolarità dei rapporti di lavoro nei cantieri edili*, che regola le attività di vigilanza congiunta in edilizia.

Gli indirizzi definiti dall'UOV, sempre ai sensi del DM 21 dicembre 2007, sono attuati da appositi Organismi Provinciali di Vigilanza (OPV), che hanno appunto il compito di "attuare i piani operativi di vigilanza nei quali sono individuati gli obiettivi specifici, gli ambiti territoriali, i settori produttivi, i tempi, i mezzi e le risorse ordinarie che sono rese sinergicamente disponibili da parte dei vari soggetti pubblici interessati predisposti dall'ufficio operativo regionale". Con DGR n. 60-4263 del 30 luglio 2012 è stata ridefinita l'articolazione degli OPV ed è stato dato mandato ai responsabili degli SPreSAL competenti per ciascuna provincia di coordinarli e di relazionare annualmente all'UOV in merito allo stato di attuazione dei piani operativi definiti dall'UOV stesso.

1.3 – LE INDICAZIONI NAZIONALI

Il primo di aprile 2012 si è concluso il progetto CCM "Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia", avviato il 2 aprile 2009 e prorogato con specifico "Atto aggiuntivo" del 28 marzo 2011. La descrizione degli obiettivi del Piano Nazionale Edilizia e il relativo Documento Operativo, disponibili sul portale www.prevenzionecantieri.it, sono già stati illustrati nel precedente Piano Regionale Edilizia 2009-2010. Sul portale inoltre viene riportato il rapporto definitivo dell'attività svolta 2010-2012 e le linee di sviluppo 2013-2014, presentati dalla Cabina di Regia del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia costituita da Regioni ed INAIL, nel Convegno di chiusura del 4 aprile 2013, che si è tenuto presso la sede INAIL di Roma. Le principali linee di sviluppo, sono sintetizzabili in:

Vigilanza e Controllo del territorio con azioni di intelligence

Il controllo del territorio mira a comunicare la capacità del sistema di prevenzione di intervenire su tutte le situazioni a rischio grave, principalmente quelle sotto il minimo etico di sicurezza, e di intervenire anche nei cantieri che omettono la notifica al solo scopo di non entrare nei programmi ispettivi. L'attività di vigilanza, basata sulle notifiche, tipologia di opere, rischi prioritari, deve evitare sovrapposizioni degli organi di vigilanza e deve essere supportata da una attività di monitoraggio del territorio che comprende anche la rilevazione dei cantieri che non sono stati sottoposti a ispezione. Le modalità di effettuazione della vigilanza devono privilegiare:

- i rischi prioritari di infortunio, abbinandoli al controllo documentale di fase, vale a dire alla verifica dei documenti relativi alla fase di lavoro che si incontra nell'accesso al cantiere;
- il controllo di routine anche sulle imprese affidatarie;
- l'individuazione dei cantieri con caratteristiche di rischio o produttive particolari attraverso l'utilizzo di modelli predittivi basati sulle notifiche preliminari;
- la programmazione di interventi negli appalti pubblici.

Il momento di forte crisi può comportare un allargamento della illegalità e di forme irregolari di lavoro alle quali consegue anche una diminuzione della tutela della salute dei lavoratori, pertanto è necessaria una sinergia tra enti (ASL, DTL, INAIL, INPS) per affrontare anche il problema del lavoro nero e irregolare. La fruizione di banche dati comuni potrà consentire la sinergia di controlli fra i vari enti ispettivi, evitare dispendio di risorse, vessazioni delle imprese, maggiore efficienza nei controlli. Tale attività, basata sullo scambio di reciproco di programmi e informazioni, costituirà attività "coordinata", che si aggiunge a quella ormai nota come "vigilanza congiunta", da definire a livello locale all'interno degli Organismi Provinciali di Vigilanza (OPV).

In tal senso, le indicazioni del Comitato per l'indirizzo ex art. 5 del D.Lgs. 81/08, relativamente ai controlli in edilizia per l'anno 2014, prevedono che un numero di cantieri ispezionati non inferiore al 22% dei cantieri notificati in ciascuna Regione, sommando gli interventi ispettivi condotti da ASL e DTL, deve essere oggetto di controllo coordinato.

Il controllo in modalità coordinata si realizza attraverso:

- la condivisione dei criteri di intelligence per la selezione dai cantieri notificati da sottoporre prioritariamente a controllo;

- lo scambio di informazioni, ossia la conoscenza reciproca dei cantieri e delle imprese da sottoporre e sottoposti a controllo;
- la realizzazione di iniziative di formazione congiunta per ASL e DTL.

Sorveglianza sanitaria e prevenzione rischi di malattia professionale

L'altissima presenza di lavoratori autonomi, non soggetti agli obblighi di sorveglianza sanitaria e di formazione, e di microimprese impone strategie informative e di assistenza particolari, che coinvolgano diffusamente le associazioni imprenditoriali e sindacali, e per loro gli Enti Paritetici, in collaborazione con gli Enti Pubblici.

Un ruolo importante lo possono svolgere i medici competenti, ai quali va richiesta la collaborazione in ambito informativo/formativo, soprattutto in relazione alle patologie prevalenti.

Ai fini preventivi e ad utilità di tutto il sistema, va costruito un archivio delle soluzioni preventive consolidate, praticabili ed efficaci.

Azioni di informazione e assistenza

Sono necessarie iniziative territoriali diffuse avviate dalle Regioni e Province Autonome a partire dalla diffusione del portale www.prevenzionecantieri.it

Azioni di formazione

Gli interventi di formazione a livello nazionale sono stati giudicati di particolare efficacia, rivolti alle varie figure:

- o nei confronti dei lavoratori secondo i percorsi stabiliti dal Formedil
- o nei confronti di gruppi omogenei di professionisti
- o nei confronti di tecnici CPT, TdP dei Servizi di Prevenzione delle ASL e ispettori delle DTL
- o nei confronti degli Uffici tecnici della Pubblica Amministrazione

1.4 - LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI CONDOTTI IN EDILIZIA: SPUNTI PER LA RIPROGRAMMAZIONE

Da molti anni l'edilizia ha rappresentato per gli SPreSAL piemontesi un comparto prioritario di intervento, con notevole investimento di impegno e di risorse. Già a partire dall'anno 2000, la Regione Piemonte ha proposto, con cadenza annuale, i progetti "Sicurezza nei cantieri edili". Ci si aspetta che tale attività abbia contribuito a rendere la situazione infortunistica di questo comparto nella nostra regione meno critica rispetto ad altre realtà territoriali. Per questo motivo è stato definito un articolato piano di valutazione in termini sia di processo, sia di impatto sulle esposizioni, sia di impatto sulla salute. Tale piano è diventato parte integrante del Piano Regionale Edilizia 2009-2010, a cui si rimanda per eventuali approfondimenti. Nella relazione sull'attività dei Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro sono riportati annualmente gli indicatori misurati, aggiornati al 2013 per la valutazione di processo e di impatto sulle esposizioni, ed al 2011 per la valutazione di impatto sulla salute. Sulla base di tali indicatori sono state redatte indicazioni e proposte per la progettazione del piano edilizia regionale 2014-2015, finalizzate a garantire una migliore efficienza dei Servizi ed un aumento dell'efficacia e della completezza delle azioni da mettere in campo. Di seguito sono descritte le principali indicazioni emerse.

Pressione di controllo

L'analisi degli indicatori di processo evidenzia che nel periodo 2010 - 2013 è sempre stato raggiunto l'obiettivo di attività che il piano regionale edilizia si era posto, in termini di cantieri ispezionati. Nel periodo analizzato la "pressione di controllo" esercitata dalle ASL ha interessato circa il 5,9% delle ditte del comparto costruzioni con sede in Piemonte, percentuale superiore a quella indicata dal Patto per la salute (che fissa nel 5% le imprese da controllare rispetto al totale delle imprese). La percentuale di cantieri in cui sono state riscontrate violazioni nel periodo considerato è passata dal 61% al 53% con un valore medio del 57% a fronte di una media nazionale del 37%. Tale risultato indica che le ASL piemontesi selezionano con attenzione i cantieri da sottoporre a controllo, sulla base della possibile presenza di condizioni di rischio che potrebbero generare danni per la sicurezza e la salute.

L'analisi della frequenza infortunistica nel comparto costruzioni in Piemonte mostra un trend in discesa con valori costantemente inferiori rispetto alla media italiana. Ciò depone per un risultato positivo delle azioni di prevenzione condotte in Piemonte negli anni 2000, a conferma del fatto che sia utile promuovere e organizzare attività specifiche e mirate al monitoraggio delle condizioni di sicurezza nei cantieri. L'andamento dei tassi suggerisce che la "pressione di controllo" sulle ditte del settore costruzioni esercitata dai servizi in questi anni ha contribuito ad ottenere un importante impatto sulla salute. Due condizioni particolari richiedono di porre attenzione a specifiche categorie di lavoratori e di cantieri. Anzitutto il cambiamento delle caratteristiche del mercato del lavoro impone, anche nel corso delle attività di controllo, di porre particolare attenzione ai lavoratori autonomi ed ai lavoratori stranieri. In secondo luogo, dato che le analisi di impatto sulla salute hanno mostrato un effetto negativo delle Grandi Opere sull'andamento infortunistico, è necessario porre particolare attenzione a tali cantieri: il concentrarsi di attività in determinati spazi e periodi deve essere affrontato con progetti di prevenzione mirati straordinari.

Miglioramento della qualità e dell'omogeneità degli interventi di vigilanza

L'analisi degli indicatori di processo evidenzia il permanere di disomogeneità tra i Servizi riguardanti alcuni punti:

- la vigilanza congiunta, per la quale l'obiettivo tendenziale del 20% è stato raggiunto solo da alcune ASL, con una media regionale del 13,2% (comunque molto al di sopra della media nazionale del 3,73%);
- il controllo di cantieri a committenza pubblica, per il quale l'obiettivo previsto del 15% è stato raggiunto solo da alcune ASL, con una media regionale del 10,3%;
- la disparità tra ASL nel controllo dei coordinatori e dei committenti;
- la disparità tra ASL nell'affrontare i rischi prioritari individuati dal piano (ed in particolare quelli riguardanti le cadute di materiali dall'alto, l'elettrocuzione ed il seppellimento).

Per quel che riguarda gli interventi diretti a rimuovere elementi di rischio per la caduta dall'alto, pur non raggiungendo lo standard previsto del 50% sul totale dei cantieri ispezionati, nel periodo è diminuita la variabilità tra ASL. Ciò depone per un effetto positivo della scheda sugli "aspetti minimi di controllo finalizzato al contenimento del rischio di caduta dall'alto nei lavoratori in quota" adottata nell'aggiornamento 2010 del piano.

L'analisi delle dinamiche infortunistiche effettuata dal Sistema di sorveglianza regionale sugli infortuni mortali suggerisce la necessità di coinvolgere alcune figure chiave aziendali come il coordinatore della sicurezza, l'RSPP, l'RLS, perché concorrano all'individuazione, all'applicazione e alla verifica delle soluzioni e delle misure più idonee per un'efficace prevenzione degli infortuni. Per aumentare l'efficacia delle attività di vigilanza è necessario che essa produca modifiche di situazioni e comportamenti durevoli nel tempo successivo all'intervento ispettivo.

Al fine di migliorare la qualità e l'omogeneità degli interventi di vigilanza, si ritiene pertanto opportuno predefinire e "codificare" i possibili criteri di scelta per l'individuazione dei cantieri da vigilare attraverso alcune azioni principali:

- mantenere la scheda per le cadute dall'alto come riferimento nel caso della presenza di lavori in quota; l'entrata a regime del sistema di rilevazione consentirà l'effettuazione di valutazioni più puntuali dell'impatto sull'esposizione;
- valutare la fattibilità di applicare anche in Piemonte i criteri di scelta dei cantieri da sottoporre a vigilanza individuati nell'ambito del gruppo nazionale edilizia (utilizzo di banche dati comuni e modelli predittivi basati sulle notifiche);
- ridurre la disparità tra ASL nel controllo di coordinatori e committenti;
- sviluppare, contestualmente alle attività di vigilanza, coerenti azioni di informazione, assistenza e formazione rivolte alle figure chiave della sicurezza aziendale;
- modificare gli standard attesi per gli indicatori individuati.

Miglioramento dell'efficacia delle azioni di formazione

Le evidenze di efficacia riscontrate analizzando interventi di tipo formativo adeguatamente condotti orientano verso l'opportunità di intensificare le verifiche sulle attività di formazione e di proporre forme di collaborazione con altri soggetti incaricati della formazione (scuole edili, comitati paritetici, ecc), per la definizione di criteri comuni per la valutazione di qualità dell'attività formativa stessa. In particolare si evidenzia la necessità di porre particolare attenzione alle iniziative dedicate ai lavoratori autonomi: potrebbe essere utile proporre uno standard regionale riguardante sia i contenuti, sia le modalità di esecuzione, sia le strategie per il raggiungimento di tali lavoratori.

Implementazione e sostegno dell'effetto alone

Nel corso della realizzazione del progetto è stato evidenziato che l'efficacia degli interventi di vigilanza, nei termini di miglioramento della sicurezza nei cantieri del territorio, viene aumentata dalla presenza dell'effetto "alone", prodotto dal concorso dell'effetto "deterrenza" e dell'effetto "persuasione", variamente bilanciati a seconda dell'approccio ispettivo, che determinano attenzione agli aspetti di sicurezza anche nei cantieri non direttamente interessati dalla vigilanza.

Anche in considerazione del fatto che l'attività di controllo interessa soltanto una parte dei cantieri presenti sul territorio, si ritiene prioritario migliorare i fattori che generano l'effetto "alone", quali la comunicazione dei programmi di intervento, da promuovere a diversi livelli sul territorio regionale, e delle modalità con le quali viene condotta l'attività di vigilanza, in termini di distribuzione nel tempo e nello spazio dei cantieri visitati.

Attivazione di interventi multicomponenti

Dalla revisione della letteratura si evidenzia che gli interventi con maggiore efficacia dimostrata sono quelli *multifaced*, che agiscono su più *setting* contemporaneamente con una combinazione di attività diverse (vigilanza, informazione, formazione, forme di incentivazione e premialità, ecc.) Nell'ambito del piano nazionale edilizia è stato acquisito e contestualizzato alla normativa italiana un intervento di dimostrata efficacia attuato in Finlandia e diretto alla riduzione degli infortuni nei cantieri di costruzione di edifici. È in corso di definizione la proposta di una sperimentazione di tale intervento sul territorio italiano: si ritiene pertanto opportuno valutare la fattibilità di avviare anche sul territorio regionale tale sperimentazione, da parte di una o più ASL pilota.

Ottimizzazione dei dati di attività disponibili, attraverso la revisione del sistema informativo

Per rendere completa e standardizzata la raccolta dei dati, è emersa la necessità di adeguare il sistema informativo, soprattutto con l'obiettivo di disporre di informazioni di migliore qualità, che possano consentire una corretta valutazione ed una revisione critica delle iniziative in corso.

La messa in servizio del nuovo sistema informativo Regionale, uniformando la raccolta dei dati su tutto il territorio della regione, consentirà inoltre l'effettuazione di valutazioni più puntuali dell'impatto ottenuto sul territorio e, conseguentemente, di indirizzare le attività di vigilanza.

Miglioramento del piano di valutazione del progetto

L'adozione di un piano di valutazione esplicito e basato sull'individuazione di indicatori e di standard attesi consente l'effettuazione di valutazioni puntuali dell'impatto ottenuto sul territorio e l'individuazione di indirizzi per le attività di vigilanza verso obiettivi di salute. Si ritiene pertanto necessario mantenere tale piano eventualmente revisionando, alla luce delle indicazioni nazionali e delle risorse disponibili, gli standard attesi.

1.5 - LE COSTRUZIONI IN PIEMONTE: SITUAZIONE INFORTUNISTICA ED ANDAMENTO DELL'OCCUPAZIONE

1.5.1 - I DATI GENERALI

L'andamento del fenomeno infortunistico nel comparto costruzioni in Piemonte è stato oggetto di studio in questi anni sia come indicatore di impatto sulla salute, nell'ambito del piano di valutazione degli interventi di prevenzione condotti in edilizia, sia come indicatore di bisogno di salute nella popolazione lavorativa, per la definizione delle priorità di intervento.

In particolare nell'ambito del piano sopra citato, è risultato positivo l'impatto misurato sull'andamento infortunistico negli anni 2000-2009: la frequenza infortunistica in Piemonte nel comparto costruzioni mostra valori sistematicamente inferiori rispetto alla media italiana e un trend complessivamente in discesa. Gli effetti maggiori si evidenziano nelle voci relative alle "costruzioni edili" e agli "impianti" dove è ricompresa principalmente la cantieristica tradizionale e sulle quali sono state condotte la maggior parte delle azioni di prevenzione.

Gli indicatori di gravità sono, invece, sovrapponibili a quelli nazionali e presentano un trend in costante ascesa.

Aggiornando tali valutazioni al 2011 (tavola 1) si confermano gli andamenti descritti.

Tavola 1 - Addetti, infortuni, tasso grezzo e indicatore di gravità in Piemonte; tasso grezzo e indicatore di gravità in Italia. Andamento 2008-2011. Fonte: Dati Sintetici Flussi Inail-Regioni (dic2013)

	PIEMONTE				ITALIA		
	ADDETTI	INFORTUNI	INF PERMANENTI + MORTALI	TASSO GREZZO*	PERM + MORT / TOT INFORTUNI	TASSO GREZZO*	PERM + MORT / TOT INFORTUNI
2008	157.318	4.730	405	30,07	8,56	39,57	9,91
2009	152.355	4.283	421	28,11	9,83	35,54	10,73
2010	149.807	3.845	401	25,67	10,43	33,04	10,89
2011	149.455	3.611	401	24,16	11,10	29,82	11,21

*Infortuni per mille addetti

Confrontando le costruzioni con l'universo delle attività economiche del settore artigianato-industria è confermata la situazione migliore del Piemonte rispetto all'Italia per frequenza, dove il comparto costruzioni in Piemonte è al quarto posto in ordine di priorità per dimensione del tasso infortunistico. La gravità è in aumento, e nel caso delle costruzioni in Piemonte il valore è più alto di quello a livello nazionale (proporzione di infortuni gravi e mortali, sul totale degli infortuni).

Grafico 1: Tassi grezzi d'infortunio (per mille addetti) accaduti nel triennio 2009-2011 in Piemonte e in Italia suddivisi per attività economica del settore artigianato-industria. Fonte: Indicatori Flussi Inail-Regioni.

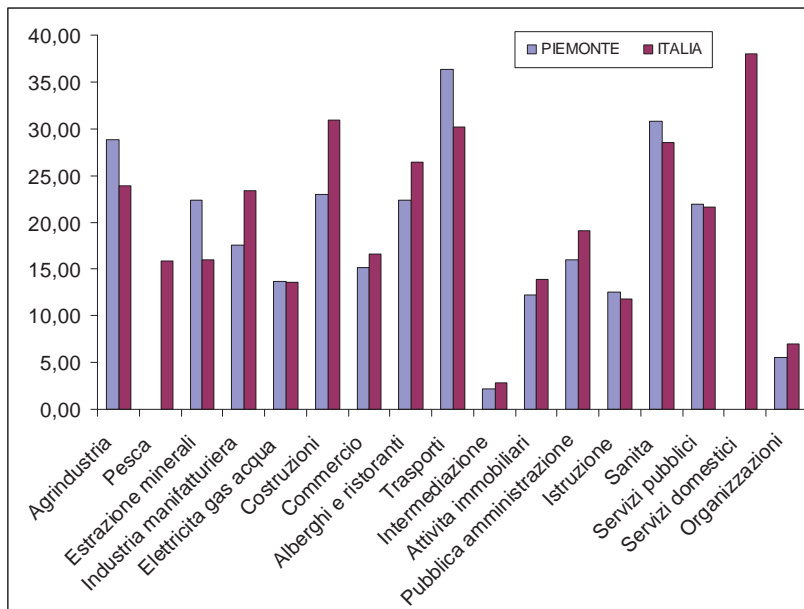
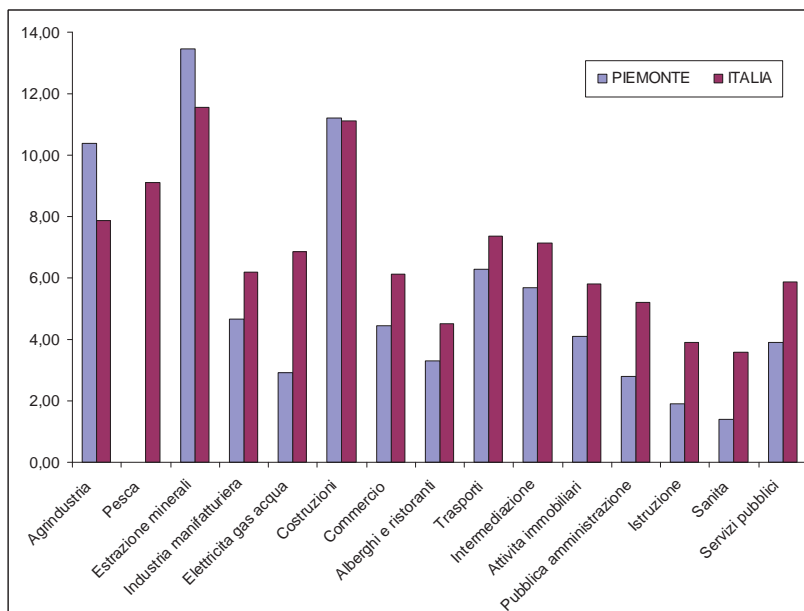


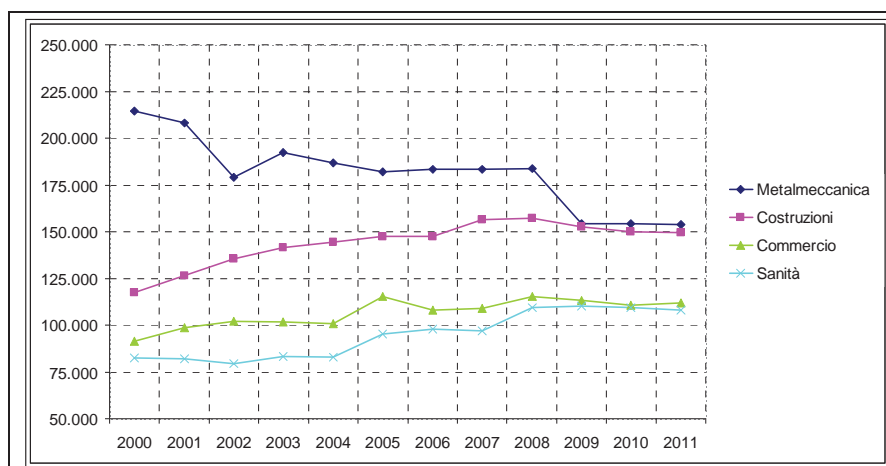
Grafico 2: Proporzione di infortuni gravi (infortuni permanenti + mortali) sul totale, accaduti nel triennio 2009-2011 in Piemonte e in Italia suddivisi per attività economica del settore artigianato-industria. Fonte: Indicatori Flussi Inail-Regioni.



In riferimento all'andamento dell'occupazione, il comparto delle costruzioni continua ad essere tra i più importanti in Piemonte per numero di addetti; l'andamento è in decremento negli ultimi tre anni, sebbene in misura minore rispetto alla metalmeccanica. Tale decremento è in linea con quanto accade in tutto il territorio nazionale a causa della crisi economica. L'indice nazionale di produzione nelle costruzioni è infatti

diminuito del 20% dal 2010 al 2012, nonostante le notifiche preliminari nello stesso periodo non abbiano subito lo stesso decremento.

Grafico 3: Andamento nel 2000-2011 del numero di addetti tra i quattro comparti più rappresentati dopo i “Servizi” in Piemonte nel settore artigianato-industria. Fonte: Flussi Inail-Regioni.



Il comparto costruzioni è annoverato tra quelli in cui si registrano le più alte percentuali di lavoro autonomo. In Italia tale percentuale è in aumento: si è passati infatti da un 36,6% del 2008, al 37,7% del 2010 sino a giungere al 40,9% del 2013 (fonte: Istat, rilevazione campionaria sulle forze di lavoro).

Anche in Piemonte una grossa parte di lavoratori nel comparto costruzioni è autonoma: nel terzo trimestre 2013 la percentuale di soggetti che svolgono la propria attività lavorativa senza vincolo di subordinazione è pari al 50,4% del numero complessivo di addetti, superiore alla corrispondente media nazionale.

Tavola 2: Occupati in Piemonte per tipo di occupazione, settore di attività e sesso nel terzo trimestre 2013. Fonte: Istat, rilevazione campionaria sulle forze di lavoro.

PIEMONTE				
OCCUPATI PER SETTORE E TIPO DI OCCUPAZIONE				
Settore di attività	Luglio-settembre 2013			
	Dipendenti	Autonomi	Totale	Autonomi / Totale
Agricoltura	14.828	35.436	50.264	70,5
Industria	467.515	110.051	577.566	19,1
di cui:				
In senso stretto	398.033	39.586	437.619	9,0
Costruzioni	69.482	70.465	139.947	50,4
Servizi	869.149	302.038	1.171.187	25,8
di cui:				
Commercio	184.474	132.519	316.993	41,8
Altri servizi	684.675	169.519	854.194	19,8
TOTALE	1.351.492	447.525	1.799.017	24,9
di cui:				
Uomini	693.599	303.001	996.600	30,4
Donne	657.893	144.524	802.417	18,0

In Italia, la quota di lavoratori stranieri è elevata: nel 2010 in alcune regioni gli stranieri erano un quarto del numero complessivo di lavoratori (fonte: dossier Caritas migrantes 2011). In Piemonte i lavoratori stranieri sono il 14,5% della forza lavoro, ma raggiungono punte anche più elevate nel comparto costruzioni. Le etnie maggiormente rappresentate sono quelle dell'est europeo e del Nordafrica.

In conclusione, l'analisi dei dati infortunistici nel comparto delle costruzioni in Piemonte evidenzia una situazione meno critica rispetto ad altre realtà nazionali, con frequenza inferiore rispetto alla media nazionale e trend di frequenza in diminuzione costante nel corso del tempo. Nel 2011 il comparto costruzioni è al 4° posto in ordine di priorità per dimensione del tasso infortunistico, preceduto dall'agricoltura, dai trasporti e dalla sanità.

La conduzione di attività mirate, attentamente programmate nell'ambito del presente piano cantieri, si riconferma una priorità per il Piemonte dal momento che il comparto resta ai primi posti nella classifica delle attività economiche più rappresentate sul territorio e che si registra un progressivo aumento degli indicatori di gravità infortunistica. Particolare attenzione deve essere posta ai lavoratori autonomi, proporzionalmente in aumento rispetto al totale della forza lavoro impiegata nel comparto, ed ai lavoratori stranieri. Si tratta infatti di due categorie nelle quali la letteratura evidenzia il concentrarsi di un elevato rischio infortunistico atteso.

1.5.2 - IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA REGIONALE DEGLI INFORTUNI MORTALI IN EDILIZIA

Presso l'ASL di Alessandria è attivo, ormai da diversi anni, il Sistema di Sorveglianza regionale sugli infortuni mortali, in rete con l'analogo progetto nazionale attuato in collaborazione con INAIL. Tutti gli SPreSAL del Piemonte sono chiamati a trasmettere al Sistema di Sorveglianza i risultati delle indagini sugli accadimenti infortunistici ad esito mortale, del proprio territorio, ricostruiti con il metodo "Sbagliando si impara", finalizzato all'identificazione delle cause degli eventi. Si ritiene, infatti, che l'individuazione e la condivisione delle cause che intervengono nelle dinamiche infortunistiche possano fornire indicazioni utili per orientare gli interventi di prevenzione, secondo criteri di priorità.

Nel periodo 2002-2012 sono stati indagati e ricostruiti dagli SPreSAL del Piemonte un totale di 162 infortuni mortali nelle costruzioni, di cui 21 nell'ultimo biennio. Quasi l'80% dei lavoratori morti era di nazionalità italiana, circa il 20% era un lavoratore autonomo con o senza dipendenti e il 16% degli infortunati era irregolare o pensionato. Con riferimento al tipo di incidente, 87 sono imputabili a cadute dall'alto pari al 53,7% del totale, 29 a caduta di gravi (di cui 12 relativi a seppellimento) pari al 17,9% del totale, 13 a folgorazione (8%), 13 a investimento (8%), 9 a ribaltamento di mezzi meccanici (5,6%) e 11 ad altri motivi (6,8%).

Degli 87 infortuni mortali per caduta dall'alto, 29 sono dovuti alla caduta dall'alto per rottura della base di camminamento e 23 si riferiscono a mancanza, inadeguatezza, montaggio di opere provvisorie. I restanti infortuni per caduta dall'alto si riferiscono a cadute da altre parti dell'edificio: botole, aperture o entro scavi.

L'incidente più rappresentato è quindi la caduta dall'alto per rottura della base di camminamento, sovente associata ad interventi di manutenzione, bonifica e rimozione delle coperture in cemento-amianto. I fattori che hanno portato a questi eventi sono riconducibili sostanzialmente all'assenza o inidoneità di protezioni, ad errori procedurali, a deficit formativi e di addestramento, a mancato uso o ad uso non corretto di DPI.

In sintesi, l'analisi delle modalità di accadimento degli infortuni mortali richiede di mantenere alta l'attenzione oltre che sui rischi già in precedenza considerati "prioritari" (caduta dall'alto compreso lo sprofondamento, caduta di gravi dall'alto, elettrocuzione, seppellimento) anche sui rischi di incidente dovuti all'utilizzo di macchine operatrici in cantiere.

La disponibilità della descrizione della dinamica relativa agli infortuni mortali raccolti ha permesso di svolgere specifici approfondimenti sulle attività di vigilanza condotte dai Servizi PreSAL. In particolare, è stata valutata l'efficacia ai fini di evitare l'incidente di un'ipotetica azione ispettiva sul posto di lavoro attuata il giorno antecedente l'infortunio mortale. Di seguito sono esplicitati i criteri applicabili al comparto costruzioni identificati da un gruppo di esperti della prevenzione.

Sono stati considerati prevenibili con la tempestiva azione di vigilanza mediante sopralluogo ispettivo:

- gli infortuni derivanti da mancanza o inadeguatezza di protezioni (ponteggi);

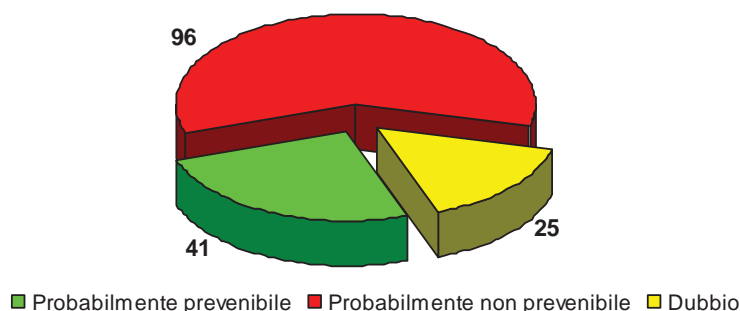
- gli infortuni con ripetuto mancato uso di dispositivi di protezione individuale (DPI) come ad esempio l'imbracatura di sicurezza;
- gli infortuni derivanti da inidoneità di macchine e automezzi (assenza delle cinture di sicurezza o del sistema antiribaltamento);
- gli infortuni per impianti elettrici inadeguati;
- gli infortuni derivanti da lavori ripetuti nei pressi di linee elettriche a conduttore nudo.

Viceversa, sono stati considerati probabilmente non prevenibili attraverso il solo sopralluogo ispettivo:

- gli infortuni derivanti da comportamenti scorretti messi in atto in prossimità del momento dell'incidente oppure imprevedibili (perdite di controllo di mezzi, dismissione dei DPI fino ad allora utilizzati, operazioni con mezzi sotto linee ad alta tensione);
- gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di lavorazioni iniziate da poco tempo o di breve durata (entro il turno di lavoro);
- gli infortuni provocati dal cedimento di elementi la cui inidoneità non è evidente ovvero deriva da errata operazione in prossimità dell'incidente.

L'esito dell'applicazione ai 162 infortuni mortali nelle costruzioni dei criteri sulla prevenibilità degli incidenti è riassunto in figura 1.

Figura 1. Numero di infortuni mortali del comparto costruzioni indagati dagli SPRESAL piemontesi nel 2002-2012 raggruppati in probabilmente prevenibili con la tempestiva azione di vigilanza mediante sopralluogo ispettivo, probabilmente non prevenibili e dubbi. Fonte: Sistema di Sorveglianza regione Piemonte



Circa il 60% degli infortuni mortali è risultato "probabilmente non prevenibile" con la sola azione ispettiva, seppure tempestiva, mentre circa il 25% è classificabile come "probabilmente prevenibile". Questi dati impongono riflessioni sull'efficacia dell'azione di vigilanza affinché questa produca modifiche di situazioni e comportamenti durevoli nel tempo successivo all'intervento ispettivo. Per ottenere questo obiettivo è possibile che i Servizi debbano valutare le modalità con le quali si esplica e si concretizza l'azione di vigilanza. In tal senso diventa altresì necessario e urgente il coinvolgimento di altre figure chiave come il coordinatore della sicurezza, il datore di lavoro dell'impresa affidataria, l'RSPP, l'RLS, perché concorrano all'individuazione, all'applicazione e alla verifica delle soluzioni e delle misure più idonee per un'efficace prevenzione degli infortuni. In altre parole, per aumentare l'efficacia delle attività di vigilanza occorre contestualmente sviluppare coerenti azioni di informazione, assistenza e formazione.

CAPITOLO 2

LE LINEE DI INDIRIZZO E LE AZIONI PER LA PREVENZIONE NEL COMPARTO DELLE COSTRUZIONI

2.1 - GLI OBIETTIVI E LE STRATEGIE

L'analisi dei dati infortunistici più recenti, nel comparto delle costruzioni in Piemonte, evidenzia una situazione meno critica rispetto ad altre realtà nazionali, con frequenza e gravità inferiori rispetto alla media nazionale e trend di frequenza in diminuzione costante nel corso del tempo. Tuttavia, tale comparto rappresenta anche oggi una priorità per il sistema pubblico di prevenzione della nostra Regione, sia perché il comparto delle costruzioni in Piemonte è al quarto posto in ordine di priorità per dimensione del tasso infortunistico, sia perché resta ai primi posti nella classifica delle attività economiche più rappresentate sul territorio nonostante il calo occupazionale dovuto alla crisi economica che ha colpito anche questo comparto. Analogamente si rende necessario non escludere azioni finalizzate all'analisi ed alla riduzione dei rischi per la salute e quindi dei rischi di contrarre malattie da lavoro. Su quest'ultima materia, a livello nazionale si sta lavorando affinché anche la prevenzione delle tecnopatie nel settore delle costruzioni riceva la stessa attenzione che negli ultimi anni è stata rivolta alla prevenzione degli infortuni.

La Regione Piemonte vuole inoltre continuare a dare applicazione, nel presente Piano, anche ad alcune delle indicazioni emerse dal lavoro di valutazione degli interventi di prevenzione precedentemente messi in campo in Piemonte:

- migliorare l'omogeneità degli interventi di vigilanza su tutto il territorio regionale;
- potenziare l'effetto deterrenza dell'attività di vigilanza;
- ottimizzare i dati di attività disponibili, attraverso la revisione del sistema informativo;
- migliorare il piano di valutazione del progetto contestualmente alla sua realizzazione.

Per realizzare quanto indicato, si è reso necessario il coordinamento tra il Gruppo Regionale Edilizia, l'Ufficio Operativo di Vigilanza e il settore Prevenzione e Veterinaria della Regione Piemonte e il settore Rischi e Danni da Lavoro della SC a DU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3.

Con nota prot. n. 1743/DB.2001 del 19 gennaio 2012, del Dirigente del Settore Promozione della Salute e Interventi di Prevenzione Individuale e Collettiva della Direzione Sanità della Regione Piemonte veniva definito il nuovo mandato per l'anno 2012 al Gruppo Regionale Edilizia a cui sono stati assegnati i seguenti obiettivi :

1. definizione delle azioni necessarie all'implementazione della comunicazione via web della notifica preliminare ex art. 99 del DLgs. 81/08;
2. aggiornamento del Piano Regionale di prevenzione in edilizia con particolare attenzione alla figura del lavoratore autonomo;
3. studio di una proposta di provvedimento regionale riguardante la sicurezza dei lavori sulle coperture;
4. definizione di possibili iniziative di prevenzione da attivare in occasione della realizzazione delle future Grandi Opere nel territorio piemontese.

Relativamente agli obiettivi di cui sopra, il presente documento rappresenta l'adempimento ai punti 1,2, e 4, mentre per quanto concerne il punto 3 il gruppo ha collaborato nella scrittura dell'art. 86 della Legge Regionale 25 marzo 2013 n.3 e collabora nella stesura del relativo regolamento.

Il gruppo regionale edilizia, unitamente al Comitato Paritetico Territoriale di Torino e alla Direzione Regionale del Lavoro, ha predisposto altresì le *"Indicazioni tecniche per la gestione in sicurezza di particolari situazioni di cantiere"*, già trasmesse agli SPreSAL piemontesi con nota della Direzione Sanità Settore Prevenzione e Veterinaria della Regione Piemonte con nota 5992/DB2017 del 17.03.2014.

Il presente Piano Regionale Edilizia ha quindi come **obiettivo primario** la riduzione degli infortuni mortali e gravi in edilizia, delle malattie professionali e più in generale il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza del lavoro in edilizia.

Per raggiungere tale obiettivo il presente piano prevede la messa in campo di azioni a livello Regionale e a livello dei Servizi delle singole ASL, relativamente alle seguenti aree di intervento:

la vigilanza, che riguarderà sia gli aspetti di sicurezza che quelli di salute, dovrà garantire la copertura ispettiva del territorio, offrire controlli omogenei, mirati a ridurre i rischi rilevanti, con soluzioni di prevenzione condivise, coordinate con gli altri Enti;

il Sistema informativo attraverso la messa a regime del nuovo sistema regionale, l'adozione della notifica on-line, la valutazione dei risultati;

l'informazione e l'assistenza in termini di comunicazione sociale, di assistenza alle figure strategiche della prevenzione, di diffusione delle buone pratiche;

le Grandi Opere attraverso l'adozione di piani mirati, condivisi e coordinati.

2.2 - INDIRIZZI SULLE AZIONI DI VIGILANZA E CONTROLLO

2.2.1 - IL NUMERO DI INTERVENTI DI VIGILANZA

La Regione Piemonte annualmente stabilisce le linee di indirizzo per la pianificazione delle attività di prevenzione, vigilanza, formazione e assistenza degli SPReSAL, stabilendo in particolare il numero di cantieri da ispezionare. La Regione valuterà eventuali situazioni particolari che non consentano il raggiungimento dell'obiettivo numerico previsto.

2.2.2 - IL MONITORAGGIO DEL TERRITORIO E LA SCELTA DEI CANTIERI DA ISPEZIONARE

I cantieri verranno ispezionati, come nel passato, sulla base di attività programmata dal Servizio (sulla base delle notifiche oppure su avvistamento), su richiesta di altri soggetti (A.G., segnalazioni, enti, ecc.) o in concomitanza di inchiesta per infortunio.

Rientrano nel novero anche i cantieri ispezionati sulla base di piani mirati, come quelli relativi alla realizzazione delle Grandi Opere e quelli relativi alla rimozione e bonifica dell'amianto. Si precisa che per i cantieri di notevoli dimensioni, va conteggiato un cantiere ogni volta che il controllo riguarda un'area lavorativa diversa o una fase lavorativa nuova.

Si considera prioritario l'obiettivo di controllare in modo omogeneo e diffuso tutto il territorio, pertanto l'attività di vigilanza programmata verrà effettuata operando sia su **avvistamento**, sia su programmazione basata sulle **notifiche preliminari**, pervenute ai Servizi ai sensi dell'art. 99 del DLgs 81/08. Inoltre la rilevazione dei cantieri che sono stati oggetto di osservazione dei Servizi, ma che **non sono stati ispezionati**, contribuisce ad avere una conoscenza approfondita del territorio, pertanto dal 2015 anche i cantieri monitorati ma non ispezionati saranno oggetto di rilevazione sul sistema informativo.

Le informazioni contenute sulle notifiche, una volta a regime la notifica on-line, possono essere incrociate con quelle a disposizione dei Servizi, relativamente a violazioni e infortuni, al fine di definire degli indici predittivi finalizzati alla selezione dei cantieri da sottoporre prioritariamente a vigilanza.

L'azione combinata quindi di una programmazione evoluta (notifica on-line, nuovo sistema informativo, banche dati condivise) e di una conoscenza maggiore del territorio, consentirà sempre più di indirizzare l'attività di vigilanza verso contenuti di qualità ed efficacia, anche in periodi di forte crisi produttiva del settore e di scarsità di risorse della pubblica amministrazione.

La scelta dei cantieri per avvistamento

Per quanto attiene alla scelta del cantiere per avvistamento, si continuerà ad intervenire prioritariamente nei cantieri che, già dall'esterno, si rivelano sotto il livello del **"minimo etico di sicurezza"** (vedi **Allegato I**) e secondariamente nei cantieri che verosimilmente presentano gravi violazioni relativamente ai cinque rischi prioritari individuati sulla base delle analisi effettuate nell'ambito del *Progetto nazionale infortuni mortali*:

- caduta dall'alto compreso lo sprofondamento;
- caduta di materiali dall'alto;
- elettrocuzione;
- seppellimento;
- ribaltamento e investimento da macchine operatrici.

La scelta di lavorare su avvistamento risulta particolarmente utile, poiché la gestione dell'archivio notifiche può consentire l'individuazione delle tipologie costruttive e dei relativi rischi, ma non è sufficiente ad individuare il periodo nel quale la fase sarà eseguita e di conseguenza attivare la vigilanza tempestivamente, inoltre l'avvistamento consente di intercettare, con la vigilanza, cantieri in cui è stata omessa la notifica con lo scopo di non entrare nei programmi ispettivi.

La scelta dei cantieri su selezione delle notifiche

L'individuazione dei cantieri da sottoporre a vigilanza avviene principalmente mediante la selezione dall'archivio notifiche, alimentato ai sensi dell'art. 99 del DLgs 81/08, in tutti i casi di lavori edili o di ingegneria civile.

La selezione dei cantieri da controllare, prima ancora che con l'intento di garantire la copertura di tutto il territorio, dovrà essere fatta sulla base di criteri che indirizzino la vigilanza verso fasi di rischio elevato di caduta dall'alto, seppellimento e sprofondamento. A titolo esemplificativo, una prima selezione potrà comprendere le seguenti lavorazioni:

- nuove costruzioni (pericolo di cadute dall'alto);
- rifacimento e manutenzione di coperture (cadute dall'alto);
- montaggio prefabbricati;
- rimozione di eternit (cadute dall'alto e sprofondamento);
- scavi in trincea (pericolo di seppellimento).

Inoltre potranno essere selezionati i seguenti tipi di cantiere:

- cantieri con presenza di imprese già sottoposte a vigilanza e risultate ripetutamente inadempienti in materia di prevenzione dei rischi prioritari;
- cantieri caratterizzati da particolare estensione o complessità delle lavorazioni o con notevole numero di lavoratori;
- cantieri di lunga durata (uomini giorno > 1000) e con numero notevole di imprese;
- cantieri riconducibili in numero eccessivo allo stesso CSE;
- cantieri con importo lavori rilevante .

Il monitoraggio dei cantieri non ispezionati

Sempre al fine di acquisire una più chiara visione d'insieme delle condizioni dei cantieri del territorio e per poter quantificare il numero di cantieri tenuti in qualche modo sotto controllo, si rende necessaria l'annotazione dei periodici controlli visivi territoriali e dei cantieri in cui, in fase di individuazione, non si è effettuata l'ispezione. Tale pratica è opportuno non sia svolta in modo episodico, ma previa suddivisione del territorio in settori e con successivo monitoraggio sistematico su quanti più cantieri è possibile, per prendere conoscenza delle nuove attività, dello sviluppo delle stesse e per poter prevedere l'instaurarsi di fasi critiche su cui è opportuno indirizzare la vigilanza. Se utilizzata correttamente ed in maniera diffusa e se

opportunamente pubblicizzata, una sorveglianza territoriale così strutturata può avere effetti decisivi in termini di prevenzione, di contrasto al fenomeno della sottotifica e un effetto alone alto, seppur difficilmente quantificabile. È un tipo di attività che rende ragione di una operazione che viene regolarmente svolta da ogni operatore di vigilanza in uscita ispettiva, ma che non risulta a consuntivo come attività a valenza preventiva e che integra e supporta l'attività di ispezione diretta in cantiere.

I motivi che possono portare ad escludere il cantiere dall'ispezione possono essere diversi (ad esempio: in quanto concluso o in fase di conclusione, temporaneamente fermo o non avviato, ecc.). In ogni caso l'osservazione sarà utile ai fini della programmazione futura.

Il controllo dei cantieri di committenza pubblica

Agli SPreSAL si richiede di garantire che una quota dei cantieri ispezionati, pari almeno al **10%**, sia costituita da cantieri di committenza pubblica. A tal fine lo strumento della notifica preliminare è irrinunciabile nella programmazione delle attività di vigilanza.

Oltre alla normativa specifica, possono essere utilizzate le linee guida della Regione Piemonte *“Sicurezza nei contratti pubblici”*.

Tra i cantieri di committenza pubblica rientrano anche i cantieri dei quali l'ASL è committente. Su tali opere la vigilanza viene effettuata dagli SPreSAL di altre ASL in modo “incrociato”, secondo le indicazioni contenute nella DGR n. 62-7924 del 21/12/2007 e le successive direttive del 18/06/2008 prot. 20756 della Direzione Sanità della Regione Piemonte.

Pertanto lo SPreSAL dell'ASL committente, che ai sensi dell'art. 99 DLgs 81/08 riceve la notifica preliminare, la trasmette allo SPreSAL cui spettano i compiti di vigilanza, in modo che quest'ultimo possa programmare la propria attività.

Nel caso in cui si verifichi un infortunio grave in uno di questi cantieri, per cui lo SPreSAL dell'ASL committente viene a conoscenza dell'evento, ad esempio a seguito di chiamata in pronta disponibilità, lo stesso Servizio provvede ad effettuare i primi rilievi del caso, trasmettendo successivamente allo SPreSAL cui spettano i compiti di vigilanza le relative informazioni e gli atti espletati ai fini dell'indagine.

2.2.3 - LE AZIONI MIRATE ALL'OMOGENEIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DA PARTE DEI SERVIZI

La valutazione degli indicatori di attività di cui al paragrafo 1.4 ha evidenziato la necessità di perseguire l'obiettivo di garantire omogeneità di intervento da parte dei Servizi. Pertanto sui seguenti temi vengono riproposte le indicazioni, implementate e corrette, utili per uniformare i criteri di intervento su tutto il territorio regionale.

La verifica e l'eliminazione delle condizioni di rischio prioritario

La ricognizione del cantiere deve essere effettuata concentrandosi sulle fasi costruttive che presentano i rischi prescelti come obiettivo prioritario per la riduzione del fenomeno infortunistico, in modo da razionalizzare i tempi di controllo e contestualmente raggiungere maggiore efficacia.

Pur mantenendo l'obbligo di intervento nei casi al di sotto del minimo etico di sicurezza, relativamente ai rischi prioritari si tratta di definire comportamenti più dettagliati, anche modulando eventualmente gli interventi sanzionatori.

In merito ai rischi di caduta dall'alto, caduta di materiali dall'alto, seppellimento, elettrocuzione, al fine di garantire efficacia e omogeneità dei controlli, già in passato si era ritenuto necessario stabilire delle priorità di intervento durante l'attività di vigilanza in cantiere. A tal fine erano state individuate categorie e sotto-categorie di situazioni di rischio, riportate nell'**ALLEGATO II** e suddivise in base alla gravità del rischio di infortunio. Livello di priorità 1: probabilità maggiore di infortunio grave o mortale; livello di priorità 2: probabilità minore di infortunio grave o mortale. **L'ALLEGATO II** contiene a titolo puramente indicativo,

data la difficoltà di stabilire un elenco esaustivo, le situazioni di rischio più ricorrenti e quindi oggetto di osservazione relativamente a questi quattro rischi.

Qualunque sia il livello di priorità riscontrato, gli operatori, durante l'attività di vigilanza, dovranno comunque garantire il controllo di alcuni aspetti di minima ritenuti fondamentali e, pertanto, irrinunciabili, compresi quelli relativi al rischio di investimento e ribaltamento.

A tale fine per quanto concerne il rischio principale di infortunio, cioè la caduta dall'alto, lo strumento da utilizzare è la scheda sugli *"Aspetti minimi di controllo finalizzato al contenimento del rischio di caduta dall'alto nei lavori in quota"*, mentre per quanto concerne i restanti rischi prioritari, a titolo esemplificativo nell'**ALLEGATO III** vengono fornite alcune indicazioni di minima per l'attività di vigilanza, utili fino all'adozione di simili schede relative agli altri rischi considerati prioritari quali quelli relativi all'utilizzo di macchine operatrici in cantiere, il rischio di seppellimento o la caduta di gravi dall'alto.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza del personale SPreSAL, fermo restando il rispetto delle procedure di Polizia Giudiziaria previste dal C.P.P., si evidenzia la necessità che al termine del sopralluogo il personale ispettivo rilasci atti relativi alle verifiche effettuate (richiesta documentazione, misure specifiche ex art. 20 comma 3 D.Lgs. 758/94, verbale di sopralluogo in assenza di violazioni). Nel caso in cui venga emesso un provvedimento di prescrizione ex art. 20 comma 1 DLgs. 758/94, la tempistica con cui vengono redatti gli atti di prescrizione e le relative verifiche di adempimento saranno strettamente correlate alle condizioni di rischio rilevate.

Nel caso di cantieri sotto il minimo etico di sicurezza o comunque con rischio grave e imminente di infortunio direttamente riscontrato, dovranno essere messi in atto provvedimenti immediatamente **risolutivi dei pericoli** o interdettivi dei lavori. Nelle situazioni di rischi gravi ed estesi non sanabili immediatamente, diventa necessario avere la certezza che la condizione di pericolo venga meno.

Pertanto si ritiene che gli operatori di vigilanza debbano in questi casi procedere operativamente mediante la sospensione dell'attività imprenditoriale di cui all'articolo 14 del DLgs 81/08 o almeno con la "sospensione lavori", adottabile ai sensi dell'art. 20 comma 3 del DLgs 758/94. Nel primo caso è stata emanata da parte dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali la Circolare n. 33/2009, quale indirizzo operativo, a cui si aggiunge il documento *"Indirizzi operativi in merito ad alcuni aspetti del Titolo IV capo I D.Lgs.81/08 e s.m.i."*, disponibile sul sito www.prevenzionecantieri.it.

In presenza di situazioni di rischio con livello di priorità 1 dell'ALLEGATO II, oltre alle normali contestazioni della violazione della norma, si dovrà procedere alla sospensione dei lavori o al divieto d'uso ex art 20 DLgs 758/94.

In presenza di situazioni di rischio con livello di priorità 2 dell'ALLEGATO II, oltre alle normali contestazioni della violazione della norma, verrà valutata, caso per caso, l'adozione della sospensione dei lavori o del divieto d'uso.

In situazioni di minor gravità si richiede il mantenimento delle attuali procedure sanzionatorie e la rimozione del rischio in tempi brevi. Ove il pericolo sia immediatamente rimosso, si procede come per i reati a condotta esaurita.

Il controllo degli aspetti "organizzativi"

Durante l'attività di vigilanza deve essere garantito il controllo anche sugli aspetti di programmazione ed organizzazione del lavoro previsti dal Capo I del Titolo IV del DLgs 81/08 e sulle responsabilità dei soggetti titolari di tali attività. In considerazione dell'elevato numero di situazioni da controllare, si prevede di evitare accertamenti superflui su adempimenti non strettamente collegati con l'attività di cantiere in corso, privilegiando gli accertamenti sull'impresa affidataria con conseguenze a cascata nei confronti dei sub-appaltatori.

Nell'ambito del programma regionale si ritiene che i controlli debbano innanzitutto derivare dal riscontro di violazioni antinfortunistiche, verosimilmente connesse a carenze o errori nel processo di pianificazione della sicurezza. Il livello di controllo minimo riguarderà pertanto i piani di sicurezza nelle parti pertinenti ai problemi riscontrati in riferimento ai cinque rischi prioritari individuati dal progetto.

Questo gruppo di rischi, oltre alle finalità di controllo, viene individuato come primo traguardo per l'assistenza e la formazione delle imprese, dei coordinatori e dell'organo di vigilanza in merito alla progettazione dei piani di sicurezza e coordinamento e i piani operativi di sicurezza.

In particolare viene richiesta la verifica puntuale del piano di sicurezza e coordinamento relativamente alle scelte progettuali ed organizzative, alle procedure, alle misure preventive e protettive adottate per eliminare o ridurre i rischi di cui sopra. Conseguentemente si procederà alla valutazione degli adempimenti del CSE in relazione alle azioni di coordinamento e controllo adottate. Viene altresì richiesta la verifica del fascicolo tecnico relativamente alle misure preventive e protettive in dotazione dell'opera, previste per ridurre i rischi di caduta dall'alto durante le attività di manutenzione dei tetti.

Allo stesso modo verranno considerate irregolari tutte le condizioni di lavoro, contenenti i cinque rischi prioritari, che non abbiano corrispondenza con i piani operativi di sicurezza, ricorrendo all'applicazione degli strumenti sanzionatori anche nei confronti dei coordinatori nel caso in cui il POS non rappresenti la sostanziale realtà del cantiere.

È prevista la verifica nel POS delle disposizioni relative al divieto di assunzione e somministrazione di alcool. Oltre che ai committenti (nomine di CSP e di CSE, verifica dell'idoneità tecnico-professionale delle imprese e dei lavoratori autonomi), ai coordinatori, alle imprese esecutrici e ai lavoratori autonomi, il controllo deve essere esteso alla gestione dei subappalti da parte dell'impresa affidataria: per quanto concerne quest'ultimo punto, considerato strategico a livello nazionale, si rimanda agli *"Indirizzi operativi in merito ad alcuni aspetti del Titolo IV capo I D.Lgs.81/08 e s.m.i."*, disponibile sul sito www.prevenzionecantieri.it.

Lavoratori autonomi

Sempre più nel corso dell'attività di vigilanza capita di dovere valutare contesti di lavoro che vedono coinvolte imprese individuali che a seconda dei casi possono configurarsi come imprese esecutrici o lavoratori autonomi. Tale fenomeno, comprovato dai dati occupazionali, ha assunto dimensioni tali per cui nel comparto edilizia il numero di lavoratori autonomi che svolgono attività in cantiere, in assenza di personale alle proprie dipendenze, risulta addirittura superiore rispetto alla categoria dei lavoratori subordinati. In caso di presenza di lavoratore autonomo, così come definito all'art 89 del DLgs 81/08, la vigilanza sarà indirizzata sul rispetto degli obblighi dell'art. 21 del medesimo decreto.

Al fine quindi di dirimere i casi di autentico lavoratore autonomo senza vincolo di subordinazione, da quello ricorrente di sedicenti lavoratori autonomi soggetti a vincolo di subordinazione, il Gruppo Edilizia del Coordinamento Tecnico Interregionale ha prodotto il documento "Lavoratori autonomi, attività in cantiere" disponibile sul portale www.prevenzionecantieri.it, a cui si è aggiunta la Circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali N°16/2012 del 04.07.2012.

Entrambi i documenti possono essere utilizzati per identificare le fattispecie di irregolarità: in caso di riscontro di situazioni irregolari verranno individuati uno o più datori di lavoro di fatto, e si procederà nei loro confronti per le violazioni in materia di sicurezza ed igiene del lavoro, contestando altresì l'idoneità tecnico-professionale nei confronti del committente e dell'impresa affidataria. La verifica della avvenuta ottemperanza riguarderà unicamente l'adempimento agli aspetti di sicurezza ed igiene del lavoro.

Fatta questa premessa, finalizzata a circoscrivere i casi di autentici lavoratori autonomi come definiti dal decreto citato, nonostante il bene tutelato sia identico (la salute e la sicurezza dei lavoratori di qualsiasi tipologia contrattuale) sono però profondamente diversi il grado di tutela predisposto dalla normativa vigente e le modalità di raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Vi è la necessità di implementare interventi finalizzati al miglioramento delle condizioni di sicurezza e di salute dei lavoratori autonomi, coinvolgendo a livello locale i diversi soggetti (associazioni di categoria, scuole edili, consulenti del lavoro, DTL, SPreSAL) a partire dalle attività di informazione, formazione, addestramento e sorveglianza sanitaria, anche in funzione della normativa di settore sulla qualificazione delle imprese e dei lavoratori autonomi, attualmente in fase di elaborazione.

La verifica della formazione e dell'addestramento

Nell'ambito degli studi sulla valutazione di efficacia delle attività di prevenzione condotte in edilizia, sono emerse evidenze a supporto del fatto che una formazione adeguata, capace cioè di modificare i comportamenti a rischio in cantiere, è in grado di ridurre realmente gli infortuni. Particolare attenzione dovrà pertanto essere rivolta a questo aspetto nel corso degli interventi di vigilanza.

Nell'ambito della presente programmazione si ritiene che i controlli sulla formazione debbano essere effettuati secondo il principio di "effettività", e siano opportuni soprattutto quando, durante l'attività di vigilanza, siano state riscontrate carenze significative relative ai cinque rischi prioritari, da ricondurre all'aspetto comportamentale degli addetti (es: utilizzo non corretto di imbracature di sicurezza, trasporto inadeguato di materiale con apparecchi di sollevamento, operazioni in scavi non protetti, utilizzo impianti elettrici irregolari, promiscuità nelle vie di circolazione in assenza di regole, ecc.)

In relazione all'applicazione dell'Accordo Stato Regioni sulla formazione dei lavoratori del 21/12/2011, qualora l'attività formativa sia stata effettuata prima del 11/01/2012, i datori di lavoro dovranno essere in grado di dimostrare l'avvenuto svolgimento dell'attività formativa dei propri collaboratori (lavoratori e preposti) e la coerenza della medesima rispetto alla normativa previgente agli accordi (anche con durata diversa e inferiore) con idonea documentazione e/o attraverso qualsiasi mezzo idoneo allo scopo a prova dell'assolvimento degli obblighi.

In materia di formazione i riferimenti normativi sono gli accordi Stato Regioni e la D.G.R. 17/06/2013 n° 22-5962 Regione Piemonte e successive integrazioni.

Con particolare riferimento alla verifica della formazione degli operatori addetti alle attrezzature di lavoro per le quali è prevista una specifica abilitazione, questa dal 12/03/2015 dovrà avvenire per tutti mediante il controllo della presenza dei relativi attestati di abilitazione in corso di validità o di attestati relativi a corsi riconosciuti ai sensi dell'art. 9 dell'Accordo Stato-Regioni del 22.02.2012, con aggiornamento.

In attesa di tale termine, si ricorda che gli operatori incaricati all'uso delle attrezzature di cui al par. 1.1. dell'Accordo citato, dal 12/03/2013 sono già soggetti all'obbligo di abilitazione e che quelli che erano stati incaricati precedentemente dovranno essere in possesso di attestato di informazione, formazione ed addestramento specifico, trattandosi comunque di attrezzature "che richiedono conoscenze e responsabilità particolari in relazione ai loro rischi specifici" (art. 71 comma 7 e 73 comma 4 del Dlgs 81/08).

Qualora a seguito degli accertamenti effettuati in cantiere, emergano carenze originate dal mancato coordinamento dell'impresa affidataria nella gestione dei cinque rischi prioritari, il datore di lavoro, i dirigenti ed i preposti dell'impresa affidataria dovranno, ai sensi dell'art. 97 comma 3 ter del D.Lgs 81/08, essere in grado di dimostrare un'adeguata formazione.

Considerata l'importanza delle funzioni di coordinamento e di verifica affidate all'impresa affidataria ai fini della prevenzione dei rischi nel cantiere ed in assenza di indicazioni specifiche dalla normativa di riferimento, si ritiene che tale obbligo per le figure incaricate possa essere ricondotto e soddisfatto almeno con una formazione pari a quella del datore di lavoro che svolge le funzioni di RSPP.

I dirigenti e i preposti, come previsto dall'art. 37, comma 7, del Dlgs 81/08, devono ricevere una formazione "adeguata e specifica" rispetto all'importante ruolo rivestito nell'impresa. L'applicazione dei contenuti dell'accordo in questo caso costituisce un principio di prova in ordine alla corretta applicazione degli obblighi formativi previsti.

Il controllo degli aspetti relativi alla sorveglianza sanitaria

Il lavoro nei cantieri edili comporta l'esposizione a molteplici fattori di rischio per la salute, sia di natura fisica che di natura chimica; l'estrema rilevanza del fenomeno infortunistico nel comparto edile però sovente ha portato a considerare questi rischi come un problema di secondaria importanza.

La Regione Piemonte da molti anni ha previsto nei progetti per la sicurezza del lavoro nei cantieri edili anche azioni relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori edili, ma per svariate ragioni l'approccio è tuttora disomogeneo sul territorio regionale.

Se la prevenzione dei rischi per la salute è fondamentalmente basata su misure di prevenzione e protezione di natura tecnica, organizzativa e procedurale oltre che su un razionale uso dei dispositivi di protezione individuale, la sorveglianza sanitaria gioca comunque un ruolo fondamentale per alcune ragioni:

- il medico competente, almeno nelle aziende di piccole dimensioni, costituisce in molti casi la principale fonte informativa del datore di lavoro relativamente alla prevenzione dei rischi lavorativi per la salute;
- la sorveglianza sanitaria costituisce un importante feed-back per l'applicazione delle misure di prevenzione e protezione;
- con frequenza le condizioni di salute del lavoratore comportano idoneità di difficile gestione, in considerazione dell'organizzazione del lavoro e della variabilità nell'applicazione delle misure di prevenzione e protezione.

La promozione di un processo di riduzione dei rischi per la salute nei cantieri edili richiede che i soggetti pubblici attuino un'insieme di azioni coordinate, con uno sviluppo frazionato nel tempo, secondo lo schema classico di: individuazione di buone pratiche, diffusione della conoscenza delle stesse e promozione dell'applicazione, vigilanza sull'applicazione delle soluzioni prevenzionistiche disponibili.

Pertanto dal 2014 per tutti gli SPreSAL è dato l'obiettivo di verificare l'attivazione della sorveglianza sanitaria per i dipendenti dei cantieri edili di tutte le aziende con dipendenti e di iniziare il percorso di assistenza e / o informazione nei confronti dei medici competenti che operano con aziende del settore.

Pertanto si prevede che nell'ambito delle attività di vigilanza nei cantieri edili:

- per tutte le aziende con dipendenti (o lavoratori assimilabili) debba essere verificata almeno la nomina del medico competente;
- per le aziende con 5 o più addetti complessivi (indipendentemente dal numero di occupati nel cantiere) debba essere anche verificata almeno l'esecuzione della sorveglianza sanitaria mediante il controllo dei giudizi di idoneità;
- venga realizzata un'anagrafe di medici competenti che operano nel comparto edile sulla base delle informazioni acquisite in fase di vigilanza (e di eventuali altre fonti informative locali) al fine di consentire l'avvio delle azioni di assistenza e / o informazione.

La formazione degli operatori dei Servizi

L'aggiornamento e la crescita delle competenze professionali degli operatori dei servizi piemontesi costituisce un impegno costante per la Regione e per le ASL nell'ambito di una politica attiva di sviluppo delle risorse umane, finalizzata alla crescita della qualificazione professionale del personale.

La formazione degli operatori riguarderà, oltre alla divulgazione e alla condivisione delle motivazioni e degli obiettivi del presente piano regionale, anche l'approccio ad alcune tematiche considerate prioritarie al fine di individuare, in un confronto tra operatori, gli strumenti per affrontarle in modo omogeneo e qualitativamente adeguato.

La metodologia dell'attività di formazione prevede pertanto l'interscambio di esperienze tra operatori di diverse realtà territoriali e con la partecipazione di personale di altri enti, tra i quali la Direzione Regionale del Lavoro, al fine di favorire l'integrazione ed il superamento dell'approccio soggettivo, nell'ottica di una maggiore omogeneità delle attività di controllo e di assistenza sul proprio territorio, rivolte a lavoratori, imprese, coordinatori per la sicurezza, professionisti e medici competenti.

Considerata anche la precedente esperienza che ha portato alla realizzazione della scheda sugli *“Aspetti minimi di controllo finalizzato al contenimento del rischio di caduta dall'alto nei lavori in quota”* adottata nell'aggiornamento 2010 del Piano Regionale Edilizia, l'obiettivo è quello di realizzare momenti formativi che coinvolgano sia operatori SPreSAL sia operatori delle DTL, finalizzati alla realizzazione di simili schede relative agli altri rischi considerati prioritari quali quelli relativi all'utilizzo di macchine operatrici in cantiere, il rischio di seppellimento, la caduta di gravi dall'alto. Dovranno essere previsti altresì momenti formativi dedicati agli aspetti di prevenzione delle malattie professionali in edilizia.

L'organizzazione di tali attività formative verrà sviluppata nell'ambito dei programmi di formazione regionali.

2.2.4 - IL COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SOGGETTI DELLA PREVENZIONE: DTL, INAIL, INPS, VVF.

Si ritiene necessario continuare l'attività di "vigilanza congiunta" con gli altri soggetti titolari di funzioni di controllo (Direzione Territoriale del Lavoro, INAIL, INPS, VVF), al fine di creare sinergie mirate alla riduzione degli infortuni che si persegue anche con il contrasto al irregolare, a partire dai dati in possesso della DTL sulla presenza di lavoro nero sul territorio.

Pertanto tale attività di vigilanza congiunta verrà effettuata secondo le modalità definite dall'Ufficio Operativo di Vigilanza nel protocollo di intesa già citato, tendendo all'obiettivo del **10%** sul totale dei controlli effettuati.

Oltre all'attività di vigilanza congiunta, la sinergia nei controlli si raggiunge anche attraverso lo scambio di informazioni tra i vari Enti e la condivisione di banche dati disponibili: tale attività, basata sullo scambio reciproco di programmi e informazioni, che comprende l'esito dell'attività di vigilanza, definita come attività "coordinata condivisa", consente di evitare dispendio di risorse e sovrapposizioni e viene definita a livello locale all'interno degli Organismi Provinciali di Vigilanza (OPV). È opportuno che all'interno dei singoli OPV queste attività vengano estese anche collaborando con gli organismi preposti al controllo di apparecchiature ed impianti (ARPA, INAIL settore ex ISPESL).

2.3 - IL SISTEMA INFORMATIVO

In attesa di indicazioni dal livello nazionale per l'adeguamento del Sistema Informativo piemontese al nascente Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP), di cui si dovrà tenere conto anche per il segmento relativo all'edilizia, la Regione Piemonte ha avviato un ammodernamento dei sistemi informativi degli SPreSAL, che per il settore dell'edilizia si basa su due parti:

- adozione di un nuovo applicativo a supporto dell'attività di vigilanza denominato "SpresalWeb";
- attivazione dell'informatizzazione dell'invio delle notifiche preliminari (art. 99 D.Lgs. 81/2008).

Per il primo punto, dal gennaio 2014 i Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro del Piemonte hanno a disposizione l'applicativo SpresalWeb che, terminata la fase sperimentale, diventa il sistema informativo dei Servizi per tutto il Piemonte.

A tale progetto ha partecipato anche il Gruppo Regionale Edilizia predisponendo la sezione dedicata alle costruzioni, in cui oltre la raccolta delle informazioni standard del cantiere sulla base della scheda proposta nei precedenti progetti edilizia, è stata sviluppata una sezione per la valutazione qualitativa del cantiere rispetto alle situazioni del "minimo etico di sicurezza".

Per il secondo punto nel corso del 2014 in regione Piemonte è iniziata la sperimentazione della "Notifica cantiere On-Line", attraverso l'implementazione di un modulo specifico, da includere tra quelli a disposizione in MUDE Piemonte.

Il MUDE Piemonte (Modello Unico Digitale per l'Edilizia) è un modello unico informatico on-line per la presentazione e l'inoltro telematico da parte dei professionisti incaricati o dei soggetti aventi titolo delle pratiche edilizie in un'ottica di semplificazione amministrativa, dematerializzazione dei documenti, circolarità informativa e di conoscenza fra le PA, i cittadini, i professionisti e le imprese.

Quando il sistema sarà a regime il committente utilizzerà l'apposita funzione di MUDE per trasmettere la notifica preliminare, in un'ottica di maggiore qualità nei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese e riducendo i costi di gestione dei dati delle notifiche preliminari, aumentando l'usabilità del dato ed ottimizzando l'impiego delle risorse.

L'integrazione tra i sistemi verrà testata nel corso di una fase sperimentale che vedrà il coinvolgimento di alcuni Comuni piemontesi. Attraverso un processo informatico il sistema applicativo SpresalWeb richiamerà da MUDE tutte le notifiche/variazioni di notifica pervenute nel periodo e trasferirà i dati all'interno della base dati del servizio applicativo.

L'operatore del servizio SPreSAL accederà nella sezione già esistente delle notifiche cantieri e avrà già l'elenco popolato con le notifiche pervenute di sua competenza.

Lo stesso sistema verrà attivato per le Direzioni Territoriali del Lavoro attraverso il sistema previsto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Con l'adozione di un sistema informativo integrato con diverse fonti informative, si potranno raccogliere informazioni di migliore qualità consentendo anche una corretta valutazione ed una revisione critica delle iniziative in corso ed uniformando la raccolta dei dati su tutto il territorio regionale. Inoltre il nuovo sistema permetterà il collegamento di diversi archivi come: attività di vigilanza, infortuni INAIL, notifiche preliminari, anagrafica attività produttive e anagrafica assistiti del Servizio Sanitario.

L'integrazione dei flussi informativi della vigilanza e delle notifiche potrà garantire una migliore sorveglianza dei rischi nei cantieri in ogni area territoriale, facilitando una programmazione efficace delle attività di vigilanza e consentendo una descrizione del livello di copertura dei cantieri edili con tali attività.

Sulla base dei dati forniti dalle notifiche si potrà costruire un sistema a supporto di una vigilanza moderna, in grado di controllare i cantieri a maggior rischio e che meno investono in sicurezza; un sistema indispensabile anche per coordinare le azioni dei diversi enti di vigilanza, consentendo un controllo attivo del territorio e una azione di intelligence che punti al monitoraggio di tutti i cantieri. L'integrazione delle fonti di dati permette inoltre l'utilizzo di modelli predittivi in grado di fornire delle indicazioni sul livello di interesse che un determinato cantiere può avere ai fini della sicurezza.

In tale prospettiva potrà essere replicata la sperimentazione effettuata dai Servizi della Regione Veneto e Lombardia con il sistema "MAIC" (Monitoraggio e Attività Ispettiva Cantieri) disponibile sul sito www.prevenzionecantieri.it (Formazione/Corsi-Approfondimenti-Relazioni-Seminario PNPE-Breda) che è si rivelata efficace nella selezione dei cantieri.

La registrazione e l'invio dei dati di attività

Al fine dell'elaborazione delle statistiche annuali, i dati di attività richiesti ai Servizi verranno integrati dalle seguenti informazioni:

- rendicontazione dei casi di minimo etico non rispettato e dei provvedimenti adottati, in modo da poter valutare la presenza del fenomeno, nonché per poter effettuare confronti con i dati di altre Regioni e Pubbliche Amministrazioni;
- rendicontazione delle violazioni relative alle esposizioni ai rischi prioritari;
- rilevazione del numero dei cantieri monitorati
- rilevazione dell'attività coordinata condivisa.

Data la piena adozione del nuovo Sistema Informativo Spresal, i dati potranno essere acquisiti in forma aggregata, direttamente dal sistema da parte della Regione Piemonte, semplificando così la rendicontazione.

In base al progresso dell'entrata in funzione del nuovo sistema verranno successivamente specificate le modalità e i dati da elaborare.

Al fine di supportare i Servizi nella raccolta delle informazioni utili per la trasmissione dei dati di rilevazione attività richiesti a livello nazionale e a livello regionale, si fornisce la "Scheda di rilevazione delle attività di vigilanza in edilizia anno 2014" (**Allegato V**). Si potrà anche fare riferimento alle apposite guide di utilizzo dell'applicativo SpresalWeb per la corretto inserimento dei dati.

La registrazione e l'invio delle notifiche preliminari

In attesa della completa adozione del sistema on-line, e nella fase di transizione per l'adozione i Servizi dovranno continuare ad effettuare la registrazione su sistema SpresalWeb di tutti i dati relativi alle notifiche ex art. 99 del DLgs 81/08 trasmesse con i canali tradizionali (posta, fax, e-mail), e a curarne la trasmissione alla Regione Piemonte al fine di rendere disponibili tali informazioni ai soggetti, titolari del diritto d'accesso, che operano nell'ambito della promozione della sicurezza e della vigilanza.

I dati potranno essere acquisiti in forma aggregata, direttamente dal sistema da parte della Regione Piemonte

La Regione Piemonte continuerà a divulgare i dati mediante il loro inserimento nel groupware della extranet del sito *Sicuri di essere sicuri* al quale, oltre a tutti gli SPreSAL, hanno accesso gli enti interessati che ne hanno fatto richiesta (DPL, Comitati paritetici, INPS, ecc.) Si invitano i servizi ad utilizzare questo strumento già oggi disponibile e costantemente aggiornato.

2.3.1 - LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il Gruppo Regionale Edilizia, in collaborazione con Settore Rischi e Danni da Lavoro della SC a DU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3, ha predisposto un piano di valutazione che, a partire dal 2010, costituisce parte integrante del progetto Sicurezza nei cantieri edili. L'analisi degli indicatori previsti ha permesso una più corretta riprogrammazione degli interventi (vedi paragrafo 1.4). Si ritiene pertanto utile mantenere tale piano in particolare per quel che riguarda gli indicatori di processo eventualmente revisionando, alla luce delle indicazioni nazionali e delle risorse disponibili, gli standard attesi.

Il piano prevede, oltre agli indicatori di processo, alcuni indicatori che consentono di misurare l'impatto finale sulla salute dei lavoratori. Le valutazioni condotte a livello territoriale non consentono di trarre conclusioni definitive dal momento che non risulta possibile collegare gli infortuni ai cantieri ispezionati. Infatti, se sembra ragionevole ipotizzare che il calo del tasso infortunistico in Piemonte sia legato agli interventi preventivi e di controllo attuati in questi anni, non è ancora possibile affermare tale ipotesi con certezza. Altre variabili di contesto non considerate nell'analisi svolta e legate a struttura produttiva, composizione della forza lavoro, variazioni nel tempo di variabili di tipo economico potrebbero essere alla base del trend osservato. Una possibile soluzione richiede di effettuare un'analisi più puntuale, distinguendo le imprese oggetto di controllo da quelle non controllate. Uno studio sperimentale, in corso di pubblicazione è stato condotto nell'ASL di Novara, ottenendo risultati molto interessanti.

L'adozione del sistema informativo regionale "SpresalWeb", ed in particolare la possibilità di costruire un'anagrafe delle ditte controllate, permetterà di estendere tale analisi a tutte le ASL del Piemonte, consentendo di monitorare nel tempo il fenomeno infortunistico a livello di singole aziende ispezionate e di effettuare confronti con le aziende non ispezionate.

2.4 - LE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E INFORMAZIONE

2.4.1 - LA DIFFUSIONE DELLE BUONE PRATICHE

La definizione di quelle che vengono considerate le migliori procedure di prevenzione e cioè progettare, programmare e realizzare in sicurezza ogni fase del processo edilizio, è uno degli elementi necessari per il raggiungimento degli obiettivi primari.

La Regione Piemonte, mediante alcuni componenti del Gruppo Regionale Edilizia, partecipa attivamente ai lavori del gruppo tecnico nazionale, che raccoglie le proposte di buone pratiche provenienti da numerosi soggetti e da tutto il paese, le valuta e le pubblica sul sito www.prevenzionecantieri.it. Questo sito, nato dalla collaborazione fra i Ministeri della salute e del Lavoro, l'INAIL e il coordinamento tecnico delle Regioni, vuole diventare il riferimento istituzionale principale a supporto di tutti coloro che secondo il proprio ruolo intervengono nella gestione della sicurezza e della salute dei lavoratori edili.

L'archivio delle buone pratiche risulta essere utile per una attività di assistenza omogenea, condivisa e di concreto supporto per gli utenti, inoltre costituisce un contributo per l'omogeneizzazione dell'attività degli SPreSAL, anche per gli aspetti di vigilanza, in quanto gli operatori disporrebbero di maggiori e più puntuali riferimenti per impartire le loro prescrizioni.

Partendo quindi dai materiali già esistenti e coinvolgendo anche gli altri enti soggetti della prevenzione (CPT, ordini professionali, numero verde... ecc.), il Gruppo Regionale Edilizia può individuare temi e fasi lavorative da approfondire al fine di definire e condividere efficaci e fattibili misure di sicurezza, a partire da criticità emerse durante l'attività di vigilanza o a seguito del verificarsi di eventi infortunistici rilevanti,

oppure attività cantieristiche particolari (esempio: bonifica di sovrasuolo e sottosuolo di siti industriali inquinati).

2.4.2 - LA COMUNICAZIONE SOCIALE E LE AZIONI MIRATE AL POTENZIAMENTO DELL'EFFETTO ALONE DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA

Gli effetti diretti della vigilanza sui soggetti del cantiere oltre che nell'immediatezza del controllo, si sviluppano anche in momenti successivi: sia nello stesso cantiere, sia in cantieri successivi in cui verranno a operare i soggetti controllati (effetti di persistenza). Esistono inoltre degli effetti indiretti sui soggetti di altri cantieri per diffusione nelle realtà circostanti delle informazioni relative agli esiti dell'attività di vigilanza. Tutti questi effetti sono definibili come effetto alone dell'attività di vigilanza, di cui la componente deterrenza è senza dubbio la principale.

Mentre sono pochi gli studi dedicati alla valutazione di efficacia delle strategie di persuasione, maggiori valutazioni si trovano in letteratura per dimostrare l'efficacia della deterrenza. In particolare una recente revisione sistematica di letteratura¹ mostra una "limited-to-mixed" evidenza che il valore deterrente generale o specifico, legato alla prospettiva (possibilità / probabilità) di subire un'ispezione o di essere denunciati all'Autorità Giudiziaria o di subire sanzioni, influenzi la frequenza o gravità degli infortuni. Mostra inoltre una "strong evidence" che l'effettiva evenienza di una denuncia all'Autorità Giudiziaria e l'aver subito una sanzione riducano la frequenza e gravità degli infortuni.

Poiché l'attività di vigilanza interessa solo una parte dei cantieri, è necessario che essa promuova un "effetto deterrenza" oltre che nelle aziende controllate e sanzionate, che saranno portate in futuro a rispettare maggiormente le norme di sicurezza, anche nelle ditte non direttamente ispezionate, che sapranno di poter essere oggetto di un controllo in qualsiasi momento.

Si ritiene pertanto necessario mantenere una comunicazione efficace, sia a livello centrale che a livello locale. A livello centrale la comunicazione sui rischi da lavoro viene effettuata dalla Regione Piemonte principalmente attraverso l'area tematica sul proprio sito internet. Il sito web dispone di un'area dedicata al comparto delle costruzioni dove, oltre alla pubblicazione del Piano Regionale Edilizia, vengono diffuse le informazioni relative alle attività svolte dal sistema pubblico di prevenzione in questo settore (info.sicuri, monografie, linee guida, manifestazioni fieristiche e convegni, ecc.) tenuto conto anche delle indicazioni provenienti a livello nazionale (www.prevenzionecantieri.it).

La comunicazione a livello locale, da intendersi quale complemento di quella centrale, deve poter raggiungere direttamente i soggetti che, all'interno delle imprese o per conto del committente, rivestono ruoli di responsabilità in materia di sicurezza e salute.

A seconda delle realtà territoriali, si dovranno quindi mettere in campo delle campagne di informazione e sensibilizzazione a livello locale (possibilmente a livello provinciale), per comunicare gli obiettivi e gli strumenti del Piano, coinvolgendo quanto più possibile tutti gli attori del *sistema di promozione della salute e sicurezza*, utilizzando mezzi di divulgazione diversi quali la stampa, siti web, convegni, ecc.

2.4.3 - L'INFORMAZIONE E L'ASSISTENZA ALLE FIGURE STRATEGICHE DELLA PREVENZIONE

Il valore dell'informazione e dell'assistenza, quali strumenti fondamentali per il deciso aumento dell'efficacia delle attività di prevenzione, è ormai ampiamente riconosciuto. Tale attività deve rivolgersi alle figure cardine che influenzano il grado di sicurezza nei cantieri: i coordinatori per la sicurezza, i committenti, le imprese (in particolare quelle di minori dimensioni), gli autonomi, gli RLS/RLST, ecc.

Lo scopo dell'informazione e dell'assistenza è quello di fornire agli utenti strumenti di lettura omogenea delle normative di riferimento ai quali gli stessi possano riferirsi per adeguare i loro comportamenti e di conseguenza adottare le soluzioni più aderenti alla normativa. Le aspettative dell'organo di vigilanza saranno rivolte ad un positivo riscontro applicativo della norma in fase di controllo: tanto più il riscontro sarà positivo quanto più l'assistenza è stata efficace.

¹ Tompa E., Trevithick S., McLeod C., A systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 2007; 33 (2): 85-95.

Posto che praticamente tutti gli SPreSAL, con tempi e metodi differenti, svolgono attività di formazione, informazione e assistenza, sulla base delle risorse disponibili e secondo modalità che tengono conto delle dimensioni territoriali dei Servizi, si ritiene che le attività a supporto della vigilanza da fornire, programmate a livello locale, vadano individuate sostanzialmente in due momenti diversi:

- 1) l'assistenza diretta svolta a seguito di un'azione di vigilanza, da attuarsi in sede di sopralluogo o durante la consegna degli atti prescrittivi, affrontando in tali occasioni le criticità emerse, fornendo le massime delucidazioni possibili su modalità di adeguamento, sulle tecniche di esecuzione dei lavori in sicurezza e su pianificazione e organizzazione dei lavori, con particolare riferimento alle tipologie di rischio più grave;
- 2) l'assistenza e l'informazione programmata e continuata, da effettuarsi tramite incontri periodici con le figure strategiche di cantiere previste dalla normativa (possibilmente con il coinvolgimento degli organismi paritetici, le associazioni di categoria, gli ordini professionali, ecc.) e attraverso la creazione di sportelli informativi e di accesso alle prestazioni degli SPreSAL per finalità di assistenza.

Viene demandata ai Servizi SPreSAL, in forma singola o associata, la definizione delle modalità di tali incontri e il periodismo, nonché i soggetti destinatari (committenti della pubblica amministrazione, coordinatori, imprese, lavoratori autonomi, medici competenti, associazioni di categoria, ecc.). Le attività effettuate verranno riportate nella sezione "attività di assistenza" della *Scheda nazionale di rilevazione attività*.

In entrambi i casi vanno considerati, tra gli obiettivi minimi, il miglioramento della qualità dei PSC e dei POS, affinché questi documenti abbiano la capacità di incidere concretamente sull'organizzazione del cantiere e sulla professionalità delle imprese e dei coordinatori. Fondamentale, inoltre, è il riferimento alle **buone pratiche condivise**, poiché queste costituiscono la base per operare in sicurezza secondo modalità certe e concrete, nonché la diffusione della scheda sugli aspetti minimi per il controllo del rischio di caduta dall'alto.

2.5 - LE ATTIVITÀ DI VIGILANZA A LIVELLO TERRITORIALE SULLE GRANDI OPERE PUBBLICHE

Con la DGR n. 21-7994 del 16/12/02 la Regione Piemonte aveva approvato gli specifici progetti di vigilanza per la verifica del rispetto delle condizioni di sicurezza nei cantieri e l'impiego di lavoro regolare per le Grandi Opere infrastrutturali e sportive allora in fase di realizzazione.

Si ritiene che gli enti individuati quali coordinatori per la vigilanza sulle Grandi Opere a suo tempo individuati nella DGR citata, i cui lavori proseguiranno nel prossimo biennio (Metropolitana di Torino, Autostrada Asti-Cuneo), debbano aggiornare e mantenere attivi i rispettivi progetti di vigilanza, necessari per definire nel dettaglio le modalità di intervento e di raccordo tra gli enti preposti.

Per quanto concerne Grandi Opere più recenti, in sede di Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs.81/08 in data 02.12.2013, sono stati affrontati i temi relativi alle Grandi Opere individuate dalla L.R. n.4 del 21.04.2011 (linea ferroviaria Torino - Lione e Terzo valico) a cui recentemente si è aggiunta l'opera relativa al Colle di Tenda.

Per quanto concerne la Torino – Lione è stato istituito un gruppo di lavoro specifico composto dalle Direzioni Trasporti e Sanità della Regione Piemonte, da ASL e ARPA, relativamente al Terzo valico è in fase di discussione un protocollo che affronta il tema della sicurezza e salute dei lavoratori, mentre per il Colle di Tenda attualmente la questione sicurezza è gestita a livello di OPV.

Si rimanda agli Organismi Provinciali per l'attuazione dei piani operativi di vigilanza (O.P.V.), la definizione a livello locale di cantieri che per dimensioni e/o complessità, possono essere assimilati alle Grandi Opere di cui sopra: anche in questo caso dovrà essere individuato un ente coordinatore che provveda alla stesura di un piano di vigilanza che garantisca nel tempo la continuità e la qualità dell'attività di verifica e controllo.

ALLEGATO I

Schema delle situazioni di cantiere “sotto il minimo etico di sicurezza”

Nel caso di cantieri considerati sotto “il minimo etico”, nei quali cioè vi sia il riscontro di una “scarsa o nessuna osservanza” delle precauzioni contro i rischi gravi di infortuni e coesistano due condizioni:

- ✓ *grave ed imminente pericolo di infortuni, direttamente riscontrato*
- ✓ *la situazione non sia sanabile con interventi facili ed immediati*

Si propone l'applicazione radicale degli strumenti repressivi in grado di produrre anche la sospensione dei lavori.

A titolo esemplificativo si indicano alcune situazioni che, comunque, vanno sempre giudicate nella situazione reale di cantiere e utilizzando tutta la professionalità acquisita in anni di esperienza:

- A. Lavori in quota sopra i tre metri in totale assenza di opere provvisorie o con estese carenze di protezioni, non sanabili nell'immediatezza con interventi facilmente praticabili**

- B. Lavori di scavo superiore al metro e mezzo, in trincea, o a fronte aperto ma con postazioni di lavoro a piè di scavo, senza alcun tipo di prevenzione (mancanza di studi geotecnici che indichino chiaramente la tenuta di quello scavo e assenza di puntellature, armature o simili) e con estensione tale da non permettere una facile ed immediata messa in sicurezza**

- C. Lavori su superfici “non portanti” (ad es. eternit) senza alcun tipo di protezione collettiva od individuale e non facilmente ed immediatamente sanabili.**

ALLEGATO II

Categorie di rischio

LIVELLO DI PRIORITÀ 1: PROBABILITÀ MAGGIORE DI INFORTUNIO GRAVE O MORTALE

RISCHIO	CATEGORIA	SOTTOCATEGORIA
Caduta dall'alto	Lavori in elevazione	<ul style="list-style-type: none"> • Lavori su tetti senza protezioni ai bordi • Lavori su coperture (eternit - lucernai) • Montaggio ponteggi - castelli di tiro - parapetti, ecc. • Ponteggio assente o gravemente inadeguato • Ponteggio non correttamente ancorato e instabile • Passerelle ad altezza rilevante senza parapetti • Solette e aperture non protette • Vani scale e vani ascensori non protetti • Disarmo solette non protette • Armatura di pilastri, travi perimetrali, cornicioni, senza opere provvisoriale • Montaggio prefabbricati pesanti • Montaggio gru, personale su bracci a torre • Demolizioni eseguite a mano in quota
	Uso dei DPI	<ul style="list-style-type: none"> • Mancato uso di sistemi anticaduta o uso inadeguato
Caduta di materiali dall'alto	Gru e apparecchi di sollevamento	<ul style="list-style-type: none"> • Scorretta imbracatura dei carichi e uso di contenitori non idonei • Gru o montacarichi non adeguatamente zavorrati • Gru in evidente stato di cattiva conservazione
	Urti – crolli	<ul style="list-style-type: none"> • Disarmo solette • Demolizioni eseguite a mano • Mancata puntellatura dell'opera in demolizione
Seppellimento	Scavi	<ul style="list-style-type: none"> • Trincea: finitura manuale fondo scavo e sistemazione di tubi/pozzetti • Trincea fra parete e muri: posa tubazioni di drenaggio o impermeabilizzazione • Fondo scavo: posa armature sotto il ciglio dello scavo e disarmo armature lato terra, esecuzione di getti sotto il ciglio dello scavo • Scavo a ridosso di strutture portanti • Sottomurazioni: scavo, armatura, getto • Lavori all'interno di pozzi
Elettrocuzione	Impianto elettrico	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza impianto di messa a terra • Mancanza di interruttore differenziale da 0.03° e magnetotermico • Lavori in vicinanza di linee elettriche nude

LIVELLO DI PRIORITÀ 2:
PROBABILITÀ MINORE DI INFORTUNIO GRAVE O MORTALE

RISCHIO	CATEGORIA	SOTTOCATEGORIA
Caduta dall'alto	Lavori in elevazione	<ul style="list-style-type: none"> • Ponteggi: difformità di montaggio (ancoraggi scadenti, sottoponte, mantovana, impalcati inidonei, fermapiede, ecc.), depositi di materiali sugli impalcati • Trabattelli inadeguati o utilizzati in modo inidoneo • Ponti su cavalletti inidonei, non ben montati, improvvisati, impalcati inidonei • Bocche di lupo e botole non protette • Scale non idonee o non ancorate • Rampe di scale senza assito trasversale
Caduta di materiali dall'alto	Gru e apparecchi di sollevamento	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica trimestrale funi e catene • Taratura fine corsa, buon fissaggio della zavorra, organi di comando, cartello istruzioni • Visibilità zona di lavoro, interferenze fra gru, cartelli indicanti portata
	Urti-crolli	<ul style="list-style-type: none"> • Assenza piano delle demolizioni o sorveglianza del preposto • Delimitazione zona interessata da lavori eseguiti a macchina
	Zone di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Posti di lavoro fissi senza tettoie • Chiusura zone soggette a caduta materiali e carichi sospesi • Mancanza di tavole fermapiede • Mancanza della mantovana
	Uso dei DPI	<ul style="list-style-type: none"> • Mancato uso dei caschi protettivi
Seppellimento	Scavi	<ul style="list-style-type: none"> • Parapetti lato scavo • Idoneità scala accesso a fondo scavi • Segnalazione cigli di sbancamenti • Viabilità sulle rampe (larghezza, franamenti ecc.) • Zona di operazione delle macchine
Elettrocuzione	Impianto elettrico	<ul style="list-style-type: none"> • Prese a spina, quadri, interruttori, cavi ecc: usurati, rotti, mal collegati, uso di prolunghe e ciabatte, ecc.. • Gradi di protezione, interblocchi • Lampade portatili, codifica dei colori dei conduttori elementari, sezione dei cavi • Scariche atmosferiche

ALLEGATO III

Verifiche di minima in cantiere

RISCHIO	CATEGORIA	VERIFICHE
Investimento e ribaltamento dovuto all'utilizzo di mezzi da cantiere	Viabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitazione della viabilità interna del cantiere • Recinzione dell'area di cantiere e interferenze con la viabilità esterna al cantiere • Segnaletica di sicurezza
	Mezzi meccanici	<ul style="list-style-type: none"> • Distanze di sicurezza dagli operatori a terra • Dispositivi di segnalazione e avvertimento • Stabilità dei mezzi • ROPS e cinture di sicurezza • Pittogrammi di sicurezza • Libretto dell'apparecchio/dichiarazione di conformità e libretto uso e manutenzione/verifiche periodiche
	Formazione	<ul style="list-style-type: none"> • Attestati di formazione addestramento
Caduta di materiali dall'alto	Gru e apparecchi di sollevamento	<ul style="list-style-type: none"> • Libretto dell'apparecchio / dichiarazione di conformità e libretto uso e manutenzione ; • Dichiarazione di montaggio; • Stabilità del carro di base e/o della zavorra ; • Dispositivi per la corretta imbracatura dei carichi; • Interferenze di gru.
	Demolizioni	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza puntellatura dell'opera in demolizione; • Rispetto delle distanze di sicurezza
Seppellimento	Scavi	<ul style="list-style-type: none"> • Profilo dello scavo considerate le caratteristiche del terreno e il suo eventuale consolidamento, come riportato nella tavola da allegare al P.S.C.; • Presenza di idonee armature per scavi in trincea e per pozzi; • L'apprestamento di idonei parapetti; • La corretta delimitazione dell'area di scavo; • La presenza di operatori nella zona di operazione dei mezzi meccanici o all'interno dello scavo non protetto; • La presenza di depositi di materiali di scavo o passaggio di mezzi pesanti a ridosso della parete di scavo.
Elettrocuzione	Impianto elettrico	<ul style="list-style-type: none"> • Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico; • Presenza della messa a terra; • Ispezione visiva del quadro, presenza del differenziale e dell'interruttore magnetotermico; • Ispezione visiva dell'integrità del rivestimento isolante dei conduttori o conduttori esposti a particolari sollecitazioni meccaniche; • Ispezione visiva del grado di protezione da polveri umidità e penetrazione solidi • Protezione delle linee elettriche aeree nude e in tensione interferenti con impianti di sollevamento o altre macchine o attrezzi in uso oppure in prossimità di lavorazioni. Rispetto delle distanze di sicurezza.

ALLEGATO IV
Scheda di cantiere

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VIGILANZA IN EDILIZIA

(1)Cantiere n° _____ / _____ /20__

(2)Cantiere _____
 Indirizzo _____ Comune _____ Operatore/i _____
 Data Assegnazione _____ Data inizio interv. _____ Data chiusura interv. _____

(3)Tipo di committenza: Pubblica Privata

(4)Intervento congiunto: NO SI con: ARPA DPL Task Force Prefettura Altro _____ (specificare)

(5)Motivo dell'intervento: Programmato: Su avvistamento Su notifica
 A seguito di MP Richiesta A.G. Altro
 A seguito di I.I. A seguito di esposto

(6)Tipo di opera: Edilizia civile (grandi costruz.) Ristrutturazione edificio Lavori stradali
 Edilizia civile (piccole costruz.) Manutenzione facciata Rimozione amianto
 Costruzione prefabbricato Rifacimento/ manut. tetti Grande Opera
 Altro

(7) La nomina dei coordinatori per la sicurezza era prevista? NO SI
 Se SI, la nomina dei coordinatori per la sicurezza è stata effettuata? NO SI

(8) N° di soggetti controllati nel corso dell'intervento di vigilanza e N° di soggetti per cui è stato adottato un provvedimento:

Categoria	Numero di soggetti controllati	Numero di verbali 758	Numero verbali Amministrativi
Imprese			
Lavoratori autonomi			
Committenti e/o responsabili dei lavori			
Coordinatori per la sicurezza			

(9) Rischi	Violazioni presenti	N° di punti prescrizione 758	N° di punti violazioni amministrative
Rischio di caduta dall'alto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Rischio di sprofondamento superf. non portanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Rischio di caduta gravi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Rischio di seppellimento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Rischio elettrico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Rischio ribaltamento / investimento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Titolo IV capo I D.lgs 81/08	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Altri rischi/Motivi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		

(10) Situazioni sotto il minimo etico di sicurezza	Rischi gravi ed imminenti non immediatamente sanabili		
	Caduta dall'alto <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Sprofondamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Seppellimento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

(11) Sorv. sanitaria	N° di imprese in cui è stata programmata la sorveglianza sanitaria _____	N° di imprese in cui è stata effettuata la sorveglianza sanitaria _____
----------------------	--	---

(12) Lavoratori stranieri presenti in cantiere NO SI N° lavoratori _____

(13) Interventi in azienda per addetti	Numero di addetti	Numero di aziende
	1-10	
	11-100	
	>100	

(14)Data rivisita : _____ Esito: Ottemperanza Non Ottemperanza Ottemperanza parziale

(15)Riepilogo:

N° Sopralluoghi (ispettivi)	_____	N° sequestri	_____	(16)Di cui per minimo etico	_____
N° sopralluoghi di rivisita	_____	N° sospensione lavori (art. 14 D.lgs 81/08)	_____		_____
N° campionamenti (ag. Chimici)	_____	N° sospensioni lavori (art. 20 c. 3 D.lgs. 758/94)	_____		_____
N° misurazioni (ag. Fisici)	_____				
N° disposizioni	_____				
Richiesta sospensione titolo abilitativo (art. 90 c.10 D.lgs 81/08)	_____				

(17)Esito Cantiere

POSITIVO

NEGATIVO

SIGLA _____

(1)	Numero intervento	Per le registrazioni informatiche è sufficiente il numero identificativo dell'intervento (XXX/YY/2010; dove XXX è il numero progressivo di 3 cifre con cui lo SPreSAL ha identificato l'intervento; YY è il numero dell'ASL).
(2)	Cantiere	I dati da riportare sulla scheda si riferiscono all'anagrafica del cantiere e sono comprensivi di indirizzo, data di assegnazione, nominativo operatori, data inizio e chiusura dell'intervento; hanno esclusivamente uso interno (possibilità di rintracciare l'intervento dalla scheda attività).
(3)	Tipo di committenza	Indicare se si tratta di committenza pubblica (D.Lgs 163/2006) o privata
(4)	Intervento congiunto	L'intervento è stato effettuato congiuntamente? SI/NO. Se si occorre specificare con quale Ente.
(5)	Motivo dell'intervento	Indicare il motivo che ha portato all'intervento: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilanza programmata: sono gli interventi di vigilanza attivati per iniziativa SPreSAL (su notifica oppure su avvistamento) • A seguito di I.I.: sono gli interventi di vigilanza derivati dalle inchieste infortunati. • A seguito di I.M.P.: sono gli interventi di vigilanza derivati dalle Inchieste per Malattie Professionale. • Esposto: sono gli interventi di vigilanza attivati a seguito di segnalazioni pervenute allo SPreSAL (esposti propriamente detti, segnalazioni ai Vigili Urbani, carabinieri, ecc.). • Richiesta A.G.: sono gli interventi di vigilanza espressamente richiesti dall'Autorità Giudiziaria, compresi gli art. 22 D.Lgs 758/94. • Altro: utilizzare la voce altro per gli interventi di vigilanza attivati per motivi differenti da quelli sopra indicati.
(6)	Tipo di opera	Definizione : tipo di opera E' il tipo di opera controllata; la maggior parte delle definizioni sono autoesplicative. <ul style="list-style-type: none"> • Edilizia civile (grandi costruzioni): indicativamente si intende la costruzione di opere superiori ai 1000 metri cubi (circa 3 alloggi) • Edilizia civile (piccole costruzioni): indicativamente si intende la costruzione di opere inferiori ai 1000 metri cubi. • Costruzione prefabbricati • Ristrutturazioni • Manutenzione facciate edifici • Manutenzione/rifacimenti tetti • Lavori stradali • Rimozione amianto • Altro
(7)	Nomina dei coordinatori per la sicurezza	Indicare se la nomina era prevista SI/NO e se lo era, se è stata effettuata o meno.
(8)	N. soggetti controllati	Indicare il numero dei soggetti controllati per categoria, ed il numero di provvedimenti adottati
(9)	Violazioni presenti	Sono presenti violazioni relative al tipo di rischio indicato?
	N° di punti prescrizione 758	E' il numero di punti di prescrizione 758 per le singole violazioni.
	N° di violazioni Amministrative	E' il numero di violazioni amministrative.
(10)	Situazioni sotto il minimo etico di sicurezza	Indicare se sono presenti situazioni sotto il minimo etico di sicurezza per le tre fattispecie
(11)	Valutazione di aspetti relativi alla sorveglianza sanitaria	Indicare le aziende in cui è stato controllato lo stato di attivazione della sorveglianza sanitaria distinguendo tra due gradi di verifica effettuati: Imprese per cui si è <u>programmata</u> la sorveglianza sanitaria, da verificarsi mediante la presenza della nomina del medico competente Imprese in cui è stata <u>effettuata</u> la sorveglianza sanitaria, da verificarsi almeno mediante verifica dei giudizi di idoneità alla mansione.
(12)	Lavoratori stranieri presenti in cantiere	Indicare la presenza ed il loro numero
(13)	Interventi di vigilanza in aziende	E' la stratificazione delle aziende controllate per numero di dipendenti. Riguarda i controlli delle imprese con lavoratori dipendenti e lavoratori autonomi. Il numero di addetti è riferito all'unità locale ovvero al cantiere
(14)	Data della rivisita	Per il singolo intervento si registra la data della rivisita .
(15)	Riepilogo	Indicare il n. sopralluoghi (ispettivi), n. sopralluoghi di rivisita, n. disposizioni, richiesta di sospensione del titolo abilitativo trasmessa al Comune o altro ente concedente ai sensi dell'art. 90 c. 10 D.lgs. 81/08., n. campionamenti effettuati (si riferisce ai campionamenti per agenti chimici e biologici e vanno contati il numero di prelievi effettuati in ogni indagine ambientale), n. misurazioni effettuate (si riferisce alle misurazioni di agenti fisici e vanno contate le singole misurazioni effettuate per il rumore, ecc..),
(16)	Di cui per minimo etico	Indicare il n. di sequestri, n. sospensione attività imprenditoriale ai sensi art.14 D.lgs 81/08, il n. di imposizioni di misure atte a far cessare il pericolo (art. 20 c. 3 D.lgs. 758/94) e se derivano da situazioni sotto il minimo etico di sicurezza.
(17)	Esito Cantiere	Indicare se nel corso dell'intervento sono state riscontrate irregolarità. Si considerano positivi i cantieri nei quali è stata riscontrata almeno una violazione (sanzionata in via penale o amministrativa) che ha portato all'emanazione di un provvedimento (prescrizione, sanzione amministrativa, disposizione, sospensione, sequestro)

DOCUMENTO REDATTO A CURA DEL GRUPPO DI LAVORO EDILIZIA

NAVA Stefano
SPreSAL ASL CN 2

BALSAMO Franco
SPreSAL ASL TO 1

BONIFACI Mauro
SPreSAL ASL AT

LAZZAROTTO Walter
SPreSAL ASL NO

PROIETTI Carlo
SPreSAL ASL TO 3

LA MONICA Salvatore
Settore regionale Prevenzione e Veterinaria

HANNO COLLABORATO ALLA STESURA DEL PRESENTE DOCUMENTO

Antonella Bena , Osvaldo Pasqualin, Denis Quarta
Servizio Regionale di Epidemiologia dell'ASL TO 3 di Grugliasco

SI RINGRAZIANO PER I DATI FORNITI

Marina Ruvolo e Marcello Libener
Sistema di Sorveglianza regionale sugli Infortuni Mortali

Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura Piano di attività 2014

PREMESSA

La pianificazione 2014, pur tenendo conto della necessaria continuità con il piano triennale 2010-12, prorogato nel 2013 con DD n. 467 del 18 giugno 2013, necessita di integrare con elementi aggiuntivi i contenuti fin qui sviluppati, introducendo una serie di elementi innovativi, da gestire con la necessaria gradualità e tempistica, sulla base delle indicazioni che perverranno sia dal livello centrale (Comitato ex art. 5 D.Lgs. 81/08, Piano Nazionale della Prevenzione) sia da indicazioni regionali e locali, valorizzando fortemente gli aspetti di collaborazione e integrazione con altri Enti e le parti sociali, sia da alcune importanti **novità normative** intervenute **in questo periodo** che riguardano il settore agricolo:

- obbligo di formazione per la guida dei trattori, in applicazione dell'art. 73 D.Lgs. 81/08;
- pronunciamento favorevole del Ministero del Lavoro sulla sanzionabilità su strada delle macchine agricole in caso di irregolarità per aspetti di sicurezza;
- obbligo di revisione periodica delle macchine agricole circolanti su strada;
- accordo Stato-Regioni sulla formazione di lavoratori, preposti e dirigenti e decreto 30.11.2012 relativo alle procedure standardizzate per la valutazione dei rischi;
- D.Lgs. 150/2012 e Piano Attuativo Nazionale normativa quadro ai fini dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi che prevede la definizione di Piani Regionali;
- D.M. sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori stagionali.

1. Attività di controllo

L'obiettivo è portare a regime nei prossimi anni i controlli, sia per l'aspetto quantitativo sia per i contenuti (aziende agricole, contoterzisti, aziende di commercio e riparazione di macchine agricole), adeguando i criteri di ripartizione tra le varie ASL in funzione dell'obiettivo di 600 controlli già fissato a livello nazionale per la Regione Piemonte, non ancora pienamente conseguito, nel precedente piano triennale (1,2% delle aziende sopra 50 giornate annue di lavoro risultanti al censimento 2010) e ridefinendo -in incremento- il peso delle imprese piccole/familiari (fascia 50-500 giornate di lavoro annuo), a maggior rischio di infortunio e minor dinamica di cambiamento, prevedendo una ripartizione dei controlli in 70% nelle imprese tra 50 e 500 giornate e 30% in quelle >500 giornate.

L'attività di controllo dovrà allargarsi nelle aziende agricole, oltre alla verifica di macchine e attrezzature agricole, alle problematiche degli allevamenti, in particolare di grandi animali (bovini e suini) e all'impiego dei prodotti fitosanitari; per entrambe queste tematiche, per garantire omogeneità e possibilità di lettura dei risultati della vigilanza, si utilizzerà l'apposita scheda già predisposta per il precedente piano di vigilanza che sarà rivisitata per gli aspetti relativi ai fitosanitari alla luce delle innovazioni normative.

Per la selezione delle imprese da sottoporre a controllo sarà possibile utilizzare il sistema informativo dell'anagrafe agricola regionale per definire priorità di rischio.

Si prevede inoltre l'attivazione di modalità di collaborazione organica con i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL per l'esecuzione dei controlli ufficiali su commercio e impiego dei prodotti fitosanitari.

La parte dei controlli da realizzarsi nelle aziende agricole -custodia e uso dei prodotti fitosanitari- potrà infatti utilmente integrare gli attuali elementi di controllo.

Macchine agricole nuove e usate immesse in commercio: adeguamento alla norma giuridica e tecnica.

Anche il controllo sul commercio delle macchine, per il quale si è previsto che ogni regione destini almeno il 5% del totale dei controlli, deve diventare parte dell'attività sistematica, data la rilevanza strategica della normalizzazione del parco macchine nella prevenzione degli infortuni gravi e mortali.

Parallelamente alla prevista attività di formazione dei venditori e dei "riparatori" di macchine agricole, la campagna di controllo avrà l'obiettivo di:

- portare a regime il controllo del mercato delle macchine usate per ottenere l'adeguamento dei requisiti di sicurezza,
- portare a regime controlli mirati per macchine nuove nelle fiere e presso i venditori, concordando centralmente priorità e procedure, definendo un elenco delle macchine da controllare prioritariamente e preparando le conseguenti indicazioni operative.

Si prevede infine, alla luce della formale presa di posizione del Ministero del Lavoro in merito alla sanzionabilità su strada delle macchine agricole non in regola, di definire e implementare a livello regionale protocolli e procedure di collaborazione con Polizia Stradale e polizia locale/provinciale per il controllo delle macchine agricole circolanti su strada.

2. Sistema informativo

Anagrafe regionale delle aziende agricole e forestali

L'utilizzo dell'**anagrafe** delle aziende agricole contenente gli elementi informativi necessari per la mappatura del rischio è fondamentale per la programmazione delle attività, come **mantenere e sviluppare il sistema di registrazione e reporting dell'attività di controllo** per continuare il monitoraggio dei risultati attraverso l'elaborazione dei dati estratti dal sistema informativo e la produzione e diffusione di un report regionale sui risultati dei controlli.

Relativamente al controllo del mercato è prevista a livello nazionale la costruzione di **un database relativo alle segnalazioni di macchine agricole** per non conformità ai R.E.S., consultabile dagli operatori di vigilanza per le attività di controllo del commercio.

3. Informazione e Comunicazione: campagne informative e gestione del portale

A livello regionale e di ASL si darà seguito alle iniziative di livello nazionale.

- ***Diffusione delle misure di prevenzione per "le emergenze per la sicurezza degli operatori agricoli"***:
Implementazione del portale e sviluppo di iniziative di divulgazione di documenti tecnici selezionati e validati.
Produzione e diffusione di guide all'acquisto delle attrezzature agricole, con evidenziazione dei rischi palesi.
- ***Ampliamento della collana di pieghevoli su nuovi temi***, a partire dalla zootecnia.

4. Formazione

- ***Formazione degli operatori ASL***
Oltre agli strumenti che verranno messi a disposizione a livello nazionale per favorire una formazione omogenea degli operatori (Corsi di Formazione a Distanza e Forum di

discussione collocati all'interno del portale, materiale didattico, ecc.) a livello regionale è prevista un'iniziativa formativa per gli operatori del Dipartimento di Prevenzione sul "Pacchetto Pesticidi" finalizzata oltre all'aggiornamento sulla nuova normativa alla elaborazione di nuove procedure per l'attività di controllo sul commercio ed uso dei prodotti fitosanitari nelle aziende agricole del Piemonte; a livello di singole ASL sono previste inoltre iniziative formative relative alla sicurezza negli allevamenti con la collaborazione dei Servizi Veterinari.

▪ **Formazione dei venditori e dei "riparatori" di macchine agricole**

Si dovranno valorizzare, in collaborazione con INAIL e con le associazioni di categoria secondo protocolli condivisi, percorsi formativi rivolti ai venditori e ai "riparatori" di macchine agricole finalizzati alla corretta applicazione delle buone pratiche di messa a norma man mano prodotte.

▪ **Corsi per l'abilitazione all'uso del trattore:** la promozione della formazione e il monitoraggio dei risultati della stessa a seguito della formalizzazione dell'accordo Stato-Regioni saranno orientati sulla base dei requisiti operativi definiti a livello nazionale.

▪ **Formazione per vendita e uso prodotti fitosanitari:** la definizione degli obiettivi e delle attività saranno orientati sulla base dei requisiti operativi definiti a livello nazionale.

▪ **Promozione e assistenza alla formazione nelle scuole superiori e professionali di indirizzo agrario:** le indicazioni sulla formazione alla prevenzione nelle scuole e alla partecipazione ai progetti nazionali e regionali in materia, puntando soprattutto alla formazione dei formatori e all'inserimento di elementi di prevenzione nei curricula formativi, saranno orientati sulla base dei requisiti operativi definiti a livello nazionale.

5. Contributo all'evoluzione della normativa di sicurezza e salute sul lavoro

La Regione Piemonte contribuisce al supporto a livello nazionale, in sinergia con le parti sociali e la pariteticità, alla semplificazione degli obblighi per piccole e microimprese agricole e alla definizione e diffusione di indirizzi applicativi della normativa.

6. Semplificazione - Definire buone pratiche relative a tematiche complesse

Sono in preparazione a livello nazionale i documenti inerenti:

- Criteri igienici e di sicurezza in allevamenti e in costruzione/ristrutturazione di edifici rurali
- Buona pratica nell'uso di fitofarmaci in agricoltura.

I documenti permetteranno di attivare attività formative e informative e di dare contenuti omogenei alla prevista estensione dei programmi di controllo alla zootecnia e all'utilizzo dei prodotti fitosanitari.

Definire profili di rischio e algoritmi applicativi di stima per rischi specifici

Un impegno importante per la semplificazione degli adempimenti consiste nella costruzione, validazione e implementazione di un percorso di valutazione standardizzata del rischio contestualizzato al mondo agricolo e di algoritmi utilizzabili nelle aziende agricole per la valutazione di rischi specifici.

- Sarà definito, in sede di confronto con le parti sociali e con la pariteticità, un percorso di "personalizzazione" per le aziende agricole e promozione sul territorio nazionale di un modello di DVR "standard", in armonia con il Decreto Interministeriale del 30.11.2012.
- Impegno di più lungo respiro, ma già in parte avviato, consiste nel lavorare, in collaborazione con le istanze istituzionali e impegnando i sottogruppi del Gruppo di Lavoro, alla costruzione, validazione e implementazione di algoritmi utilizzabili nelle aziende agricole per supportare la valutazione e la gestione di rischi specifici fisici, chimici e da movimenti ripetuti.

Sorveglianza sanitaria: fornire indirizzo e sostegno alla pariteticità per l'implementazione sistematica della **sorveglianza sanitaria**, per tutte le figure presenti in agricoltura, anche per i soggetti non obbligati, in modo da offrire l'opportunità della sorveglianza sanitaria a gran parte dei lavoratori agricoli, oggi esclusi.

7. Premialità

Programma di Sviluppo Rurale e politiche premiali

Obiettivo prioritario per consolidare l'introduzione nel sistema produttivo agricolo di elementi sostanziali di prevenzione e implementare buone pratiche applicative è **promuovere il coordinamento delle politiche di sviluppo delle attività agricole-zootecniche-forestali**, con attenzione alla concessione di agevolazioni finanziarie (Condizionalità e Programmi di Sviluppo Rurale). La positiva esperienza condotta nella nostra regione nel definire e applicare alcune misure dei Programmi di Sviluppo Rurale, dovrà essere generalizzata, in vista del nuovo PSR 2014-2020.

Si possono infine definire con INAIL requisiti e procedure per l'applicazione diffusa degli strumenti di riduzione del premio assicurativo nelle aziende virtuose e incentivi per investimenti in sicurezza.

8. Analisi del fenomeno infortunistico e delle malattie professionali

Sistema nazionale di registrazione degli infortuni gravi e mortali da macchine agricole.

La Regione Piemonte partecipa ai due sistemi attivati per gli infortuni mortali e gravi professionali, tramite l'Osservatorio istituito presso la ASL di Alessandria, e non professionali "hobbisti" tramite la compilazione della apposita scheda da parte delle ASL e l'invio all'INAIL da parte del referente tecnico regionale, collegando esplicitamente le finalità della raccolta ed analisi dei dati con il controllo del commercio (evidenza di infortuni su macchine non conformi) e con interventi sulle norme armonizzate (far emergere situazioni mal normate).

Per entrambi i sistemi è stato definito un piano operativo, già a partire dal 2013, relativo a:

- monitoraggio della compliance e dei risultati, con cadenze almeno semestrali, con riferimento anche al controllo del commercio e a interventi sulle norme armonizzate,
- messa a disposizione degli operatori, attraverso il portale, delle ricadute informative utili in caso di inchiesta di infortunio,
- piano di comunicazione dello stato di avanzamento, dei risultati ottenuti, delle ricadute informative e di pianificazione.

Ci si prefigge inoltre di:

- operare in collaborazione con INAIL per **migliorare la qualità dei dati** infortunistici presenti nei flussi informativi e la tempestività quantomeno dei dati più utili quali indicatori di efficacia delle campagne di prevenzione messe in atto;
- avviare, insieme alla promozione di criteri omogenei per la sorveglianza sanitaria, un'attività di **ricerca attiva** e di **monitoraggio** delle patologie professionali in agricoltura.