

Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2014, n. 40-854

**Piano regionale della prevenzione 2014-2018: recepimento del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 e indirizzi generali per il periodo 2015-2018.**

A relazione del Presidente Chiamparino:

Premesso che:

l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome n. 53/CSR del 7/02/2013, che ha esteso la vigenza del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 al 2013, ha stabilito di avviare i lavori per l'elaborazione del nuovo Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (di seguito PNP);

con DGR del 23 febbraio 2009 n. 24-10853 è stato istituito, tra l'altro, il Coordinamento Regionale della Prevenzione (CORP) con funzioni di segretariato tecnico scientifico e di supporto alla Direzione regionale Sanità nell'elaborazione della proposta di piano regionale della prevenzione. Ai componenti del CORP, individuati in base a criteri di rappresentanza delle strutture sanitarie che concorrono all'attuazione del Piano regionale della prevenzione, non spetta alcun compenso per le funzioni di coordinamento regionale;

la DGR n. 47-5885 del 3/06/2013, nel prorogare il Piano regionale della prevenzione 2010-2012 al 2013, ha disposto l'avvio dei lavori per la definizione del Piano regionale di prevenzione 2014-2018 confermando "l'azione di supporto del CORP nella definizione dei contenuti del Piano regionale della prevenzione 2014-2018 secondo quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale (DCR n. 167-14087 del 3/04/2012)";

il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 3 aprile 2012, n. 167-14087, conferma integralmente il Piano regionale di prevenzione in vigore, prevedendo che le ASR, sulla base degli indirizzi del piano regionale, definiscano annualmente i Piani locali di prevenzione;

con DGR del 30 dicembre 2013, n. 25-6992, la Regione Piemonte ha approvato i Programmi Operativi 2013-2015 con l'obiettivo di proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria, continuando a garantire i Livelli essenziali di Assistenza (LEA); nei Programmi Operativi 2013-2015 si prevede al n. 11 l'implementazione di azioni coerenti con il PNP;

sulla scorta degli orientamenti della bozza di PNP 2014-2018, con DGR n. 52-7643 del 21 maggio 2014 la Regione Piemonte ha approvato gli indirizzi generali per il Piano regionale di prevenzione per l'anno 2014, stabilendo una ripartizione temporale della programmazione regionale che prevede:

- "una programmazione 2014 da elaborare nell'immediato [...];
- una programmazione pluriennale 2015-2018 da elaborare in un rinnovato quadro strategico, sulla base del nuovo Piano nazionale della prevenzione [...]"

l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 13 novembre 2014 ha approvato il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, e ha previsto che le Regioni lo recepiscano entro il 31 dicembre 2014, "disponendo:

- di applicare la visione, i principi, le priorità, la struttura del Piano nazionale della prevenzione;

- la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali;

- la definizione degli elementi – contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente PRP – funzionali ai programmi regionali individuati”.

L’Intesa prevede che le Regioni si impegnano ad adottare entro il 31 maggio 2015 il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione del PNP attraverso i programmi preliminarmente individuati in sede di recepimento del PNP. Il PNP prevede inoltre la possibilità per le Regioni di una programmazione operativa frazionata in diversi periodi temporali;

l’Intesa Stato-Regioni n. 82/CSR del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la Salute 2014-2018, conferma per gli anni 2014-2016 la destinazione di 200 milioni di euro annui a valere sulle risorse di cui all’art. 1, comma 1 del Patto, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale ai sensi dell’art. 1, comma 34, Legge n. 662 del 27/12/1996 e successive integrazioni;

Si rende pertanto necessario recepire il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 e individuare preliminarmente i programmi regionali di prevenzione che saranno sviluppati nel periodo 2015-2018, in attuazione di tutti i macro obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del PNP.

Con successivo atto della Giunta regionale, entro il 31 maggio 2015, in collaborazione con il Coordinamento operativo regionale della prevenzione (CORP), saranno sviluppati e dettagliati gli obiettivi e le azioni previste dai programmi così individuati.

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

Vista l’Intesa Stato-Regioni n. 82/CSR del 10/07/2014;

Vista l’Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13/11/2014;

vista la DCR n. 167-14087 del 3/04/2012;

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

vista la DGR n. 25-6992 del 30/12/2013,

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

la Giunta Regionale, all’unanimità,

*delibera*

per le motivazioni indicate in premessa:

– di recepire il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, di cui all’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 13 novembre 2014;

– di individuare preliminarmente i programmi regionali con i quali intende dare attuazione, nel periodo 2015-2018, agli obiettivi del PNP 2014-2018, sulla base del contesto regionale, degli elementi epidemiologici e dello stato di salute della Regione Piemonte, come da Allegato A (parte integrante e sostanziale del presente provvedimento). Tali programmi, elaborati in collaborazione

con il Coordinamento operativo regionale della prevenzione (CORP), tengono conto dei principi, della visione e della struttura del PNP, in particolare:

- la visione strategica è di quinquennio, e sarà sviluppata a livello regionale e locale attraverso programmazioni annuali;
- i programmi sono ampi, trasversali e integrano obiettivi e azioni tra loro coerenti, incorporando sia gli obiettivi di PNP sia gli adempimenti previsti dal quadro normativo;
- sono contemplati tutti i macro obiettivi e tutti gli obiettivi centrali del PNP;
- viene dato spazio alla funzione di stewardship, al fine di promuovere il necessario coordinamento con tutti gli attori che concorrono al raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso la messa a regime di registri e sorveglianze;
  - di prevedere che il CORP continui l'azione di supporto allo sviluppo e monitoraggio dei programmi di prevenzione per il periodo 2015-2018 senza oneri a carico del bilancio regionale;
  - di dare atto che gli oneri derivanti dall'attuazione dei programmi previsti dal Piano regionale di prevenzione sono a carico delle Aziende Sanitarie Regionali che vi fanno fronte con il riparto delle risorse previste dall'art. 17 dell'Intesa Stato-Regioni n. 82/CSR del 10 luglio 2014. (Patto per la Salute)

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato



## **PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018**

**Individuazione dei programmi regionali  
con i quali si intende dare attuazione,  
nel periodo 2015-2018,  
agli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018**

## Indice

|  | <i>pag.</i> |
|--|-------------|
| <b><i>Il profilo di salute della popolazione piemontese</i></b>  | <b>3</b>    |
| Demografia   | 4           |
| Caratteristiche sociali  | 5           |
| Lo stato di salute   | 5           |
| Stili di vita  | 7           |
| Struttura, salute e bisogni della popolazione piemontese   | 9           |
| <br>   |             |
| <b><i>Programmi del Piano regionale di prevenzione</i></b>   | <b>13</b>   |
| 1. Guadagnare Salute Piemonte - scuola. La scuola promotrice di salute   | 14          |
| 2. Guadagnare Salute Piemonte - comunità e ambienti di vita  | 15          |
| 3. Guadagnare Salute Piemonte - ambienti di lavoro   | 16          |
| 4. Guadagnare Salute Piemonte - setting sanitario  | 17          |
| 5. Prevenzione incidenti domestici   | 18          |
| 6. Prevenzione incidenti stradali  | 19          |
| 7. Contrasto e prevenzione del rischio della dipendenza da gioco d'azzardo   | 20          |
| 8. Contrasto del tabagismo e promozione dell'uso consapevole dell'alcol  | 21          |
| 9. Screening oncologici  | 22          |
| 10. Monitoraggio e prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito   | 23          |
| 11. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali. Perfezionamento dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro  | 24          |
| 12. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali. Emersione del fenomeno tecnopatico  | 25          |
| 13. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali. Rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico sociale e tecnico scientifico            | 26          |
| 14. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali. Miglioramento della efficacia delle attività di controllo e della compliance da parte dei destinatari delle norme | 27          |
| 15. Ambiente e salute: attività generali   | 28          |
| 16. Ambiente e salute: rischio chimico   | 29          |
| 17. Ambiente e salute: rischio di esposizione ad amianto   | 30          |
| 18. Ambiente e salute: rischio fisico  | 31          |
| 19. Mantenimento e consolidamento delle azioni regionali finalizzate alla prevenzione delle malattie infettive   | 32          |
| 20. Sviluppo di azioni innovative per la prevenzione delle malattie infettive  | 33          |
| 21. Controllo degli agenti patogeni, dei contaminanti, dei residui di sostanze pericolose che possono entrare nella catena alimentare e arrecare danni alla salute umana   | 34          |
| 22. Prevenzione e gestione delle malattie animali e zoonosi  | 35          |
| 23. Prevenzione e controllo del randagismo e degli animali sinantropi anche mediante un corretto rapporto uomo animale   | 36          |
| 24. Promozione della sicurezza nutrizionale  | 37          |
| 25. Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano di prevenzione   | 38          |

## IL PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE PIEMONTESE

La descrizione del profilo di salute della popolazione piemontese che accompagna il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 rappresenta sia il punto di partenza per identificare obiettivi e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione all'interno della regione, sia un "bilancio" di come la salute sia variata negli anni e di come le azioni messe in campo siano state efficaci nel migliorare la salute dei cittadini.

In Piemonte si sono succedute numerose esperienze di documentazione della salute dei piemontesi e il profilo di salute presentato all'interno del Piano di Prevenzione 2014-2018 viene a collocarsi nel solco di questa lunga tradizione, che negli ultimi anni ha iniziato a utilizzare anche le informazioni raccolte dai quei sistemi di sorveglianza avviati in Italia proprio come strumenti per il monitoraggio e la valutazione dei Piani di prevenzione.

Il Piano Regionale della Prevenzione immediatamente precedente all'attuale si apriva con una descrizione della salute dei cittadini accompagnata da una tabella riassuntiva dei principali indicatori di salute misurati in Piemonte e in Italia. L'intento era quello di valorizzare il confronto tra la realtà regionale e quella nazionale allo scopo di mettere in evidenza punti di forza e aree critiche sulle quali indirizzare gli interventi di prevenzione. Proprio per dare continuità a quanto presentato nel precedente profilo, si è ritenuto di riprendere, con poche integrazioni, la stessa lista di indicatori e di aggiornare i valori precedentemente riportati con quelli disponibili al momento di andare in stampa. In questo modo, si è voluto dare risalto, oltre che al confronto geografico Piemonte - Italia, anche al confronto temporale per valutare se e cosa si sia modificato negli ultimi 5 anni. Certamente, il confronto con i valori nazionali non esaurisce le dimensioni attraverso le quali è necessario ricercare obiettivi di salute. È ben noto come la frequenza e la rilevanza dei problemi di salute e dei suoi determinanti varino, per esempio, per genere e nelle diverse fasce di età ed è altrettanto noto come all'interno della regione vi siano importanti differenze geografiche e sociali negli indicatori di salute; tuttavia, si è ritenuto di approfondire questi aspetti all'interno dei programmi. Questo per meglio identificare gli obiettivi specifici e le conseguenti azioni mirate a fasce di popolazione a diverso rischio.

Di conseguenza, questa prima parte introduttiva si propone di tracciare un profilo di salute "generale" attraverso il ricorso alle principali fonti informative disponibili. Il profilo di salute è articolato in quattro paragrafi, dedicati il primo e il secondo alle caratteristiche demografiche e sociali della popolazione residente, essendo questi due elementi fortemente caratterizzanti la salute e i bisogni dei cittadini. Il terzo paragrafo è dedicato a una raccolta di indicatori generali dello stato di salute provenienti da diverse fonti informative. Infine, l'ultimo è dedicato ad alcuni indicatori relativi ai quei fattori comportamentali che condizionano fortemente la salute dei cittadini anche se con effetti rilevanti solo a distanza di tempo. Si tratta di determinanti specifici per alcuni dei macro obiettivi di salute individuati dal Piano Nazionale di Prevenzione ma si è deciso di lasciarli anche nella parte introduttiva "generale" non solo perché le azioni di prevenzione su questi fattori sono quelle che attualmente hanno il maggiore impatto potenziale di guadagno di salute ma perché sul ruolo positivo che i comportamenti possono avere sulle condizioni di salute si gioca un ruolo importante per la sostenibilità del sistema sanitario.

## Demografia

La popolazione totale residente in Piemonte, al 1.1.2013, ammontava a 4.374.052 abitanti, di cui 2.110.576 maschi (48,3% del totale) e 2.263.476 femmine (51,7% del totale), in lieve aumento (+ 0,97%) rispetto al quinquennio precedente (1.1.2008) in cui la popolazione totale ammontava a 4.332.069 abitanti, di cui 2.093.429 maschi (48,3%) e 2.238.640 femmine (51,7%).

In Piemonte la dinamica naturale della popolazione è dominata dal saldo negativo tra i nati e i morti, con un notevole eccesso dei secondi rispetto ai primi. Nel 2012 il numero di deceduti in Piemonte ha superato, come avviene ormai da un decennio, il numero dei nati, con un saldo complessivo di popolazione che sarebbe ancora più negativo se non fossero intervenuti fenomeni migratori ad attenuare il saldo naturale negativo.

Analogo fenomeno è rilevabile in Italia ma con percentuali minori sia per il saldo naturale sia per il saldo migratorio. Il saldo migratorio è dominato dalle iscrizioni nei registri anagrafici dall'estero ma con una riduzione del fenomeno rispetto al 2007 e con percentuali nel 2012 vicine alla media nazionale. Nel complesso, la percentuale di popolazione straniera regolare residente in Piemonte è aumentata nell'ultimo quinquennio, costituendo, nel 2012 quasi il 9% della popolazione (la media italiana è 6,3%), con un incremento del 30,1% tra 2007 e 2012, a fronte dell'incremento medio nazionale del 20,6% nello stesso periodo.

Il tasso di natalità, già basso e insufficiente a garantire il ricambio generazionale, al 2012 ha mostrato una lieve ulteriore riduzione rispetto al 2007, in linea con il dato nazionale, mentre il numero medio di figli tra le donne italiane ha mostrato invece un lieve aumento (da 1,35 a 1,43), a fronte della lieve diminuzione del numero medio di figli delle donne straniere (da 2,43 a 2,32)<sup>1</sup>.

Dal 2007 al 2012 si è rilevato un aumento percentuale apprezzabile delle fasce di età più anziane, come testimoniato dall'aumento della popolazione superiore rispettivamente a 75 e 85 anni, maggiore della media nazionale. Viceversa l'andamento dell'indice di vecchiaia, aumentato, in Piemonte, solo dello 0,3% rispetto al 2007 (mentre in Italia è aumentato, nello stesso periodo, di oltre il 5%), non indica un'alterazione della struttura per età della popolazione. Dato comprovato dall'età media della popolazione, cresciuta meno in Piemonte (da 45,1 a 45,6 anni) rispetto all'Italia (da 42,9 a 43,8). L'andamento regionale è da porre in relazione all'immigrazione differenziale di popolazione appartenente per lo più alle fasce di età giovane (<65 anni).

L'indice di ricambio, che stima il rapporto tra la fascia di popolazione che sta per entrare nell'età pensionabile e la fascia di età che si affaccia al mondo del lavoro, mostra un aumento del 6,9% rispetto al 2007, con un maggiore carico pensionistico che graverà sulle future generazioni, anche se inferiore alla media nazionale nello stesso periodo (+14,3%).

L'indice di dipendenza, che stima la capacità delle fasce di età economicamente attive a mantenere le età inattive (studenti e pensionati) è peggiorato, con aumento della popolazione inattiva dipendente, e quindi del carico sociale, sia rispetto al dato regionale del 2007 (+5,9%), sia rispetto alla media nazionale (dove è aumentato del 4,5%).

Unica nota demografica positiva è costituita dal rapporto immigrazione/emigrazione positivo e dall'indice di immigrazione superiore all'indice di emigrazione, che al momento, oltre a controbilanciare in parte l'invecchiamento progressivo della popolazione, contribuisce a ridurre la necessità di fasce di età lavorative più consistenti delle attuali per garantire un bilancio equilibrato del carico sociale regionale futuro (pensionistico e sanitario).

---

<sup>1</sup> Banca Dati Demografica Evolutiva della regione Piemonte (accesso in data 3.12.2014).

## Caratteristiche sociali

Le condizioni socio-economiche degli individui costituiscono un importante predittore di salute: persone maggiormente istruite, con un lavoro ed un reddito stabile e in buone condizioni economiche hanno indicatori di salute più favorevoli di chi non possiede queste caratteristiche.

In Piemonte, come nel resto d'Italia, cresce il livello di istruzione nella popolazione adulta: nel 2012 poco meno del 60% dei piemontesi tra i 25 e i 64 anni aveva conseguito almeno un titolo di studio di licenza media superiore.

Nello stesso periodo, però, il tasso di disoccupazione è più che raddoppiato passando, negli anni a cavallo della perdurante crisi economica, dal 4,2% al 9,2%, coinvolgendo in particolare la popolazione giovanile, il cui tasso di disoccupazione ha raggiunto il 32% (era il 14% nel 2007 prima dell'inizio della crisi). Una situazione certamente preoccupante, anche se meno grave di quanto registrato a livello nazionale, dove i valori dei tassi di disoccupazione sono ancora più drammatici (rispettivamente 10,7% e 35,3%).

Anche le condizioni economiche sono peggiorate: nel 2007 il 40% dei piemontesi dichiarava come le proprie risorse economiche fossero insufficienti; nel 2012 questo valore ha raggiunto il 42%, meglio, comunque, della situazione italiana dove questo valore raggiunge il 47%.

Nel quinquennio si osservano anche alcune ulteriori variazioni di indicatori sociali: aumenta la percentuale di occupati nel settore dei servizi a scapito dell'industria e dell'agricoltura a testimonianza di una mutazione del mondo del lavoro; muta anche la struttura della famiglia: aumentano le famiglie con un solo componente (i "single"), che rappresentano oramai un terzo delle famiglie piemontesi, mentre diminuisce leggermente la quota di anziani che vivono soli.

## Lo stato di salute

La speranza di vita alla nascita, cioè il numero di anni che un nuovo nato può "sperare" di vivere essendo nato in un dato anno e in un dato contesto, è internazionalmente riconosciuto come uno dei più importanti indicatori dello stato di salute di una popolazione dal momento che, a determinarne il valore, concorrono i diversi determinanti sociali, ambientali e sanitari che definiscono la salute di una popolazione.

Come noto, l'Italia è uno dei Paesi al mondo con l'aspettativa di vita più elevata, sia per gli uomini sia per le donne, e il Piemonte presenta valori identici a quelli della media nazionale. Nel 2012, un bambino nato in Piemonte poteva contare su un'attesa di vita di 79,6 anni, una bambina di 84,4 anni. Nello stesso anno, un uomo di 65 anni aveva un'aspettativa di vita di ulteriori 18,3 anni, una donna di 21,8. Inoltre, questi valori sono in costante miglioramento nel tempo; tra il 2007 e il 2012, cioè in soli 5 anni, gli uomini piemontesi hanno guadagnato quasi un anno di speranza di vita, le donne 0,3 anni. Questo diverso andamento nel tempo ha contribuito a ridurre il forte differenziale esistente tra uomini e donne, che, tuttavia, continua ad essere significativo: una donna piemontese, alla nascita, può contare su quasi 5 anni di speranza di vita in più rispetto a un uomo (erano poco meno di 6 nel 2007). Le ragioni di questo continuo miglioramento sono molteplici; certamente la diminuzione della mortalità infantile, che ha raggiunto in Italia, ma soprattutto in Piemonte, valori tra i più alti al mondo e difficilmente comprimibili ulteriormente, gioca un ruolo importante, ma tra le cause principali vanno annoverate la riduzione della mortalità nelle fasce più giovanili per incidenti stradali, per cause droga-correlate e per infortuni sul lavoro; inoltre, si tratta di cause che colpiscono prevalentemente il sesso maschile spiegando quindi il maggiore incremento nella speranza di vita tra gli uomini rispetto alle donne. Va ancora ricordato, però, che, tra le regioni del Nord, il Piemonte mantiene, da molti anni, una situazione di svantaggio (la speranza di vita al Nord, nel 2012 era di 79,9 anni per gli uomini e di 84,4 anni per le donne), lasciando quindi intravedere spazi di miglioramento per allinearsi alle regioni più virtuose.

Due indicatori da leggere accanto alla speranza di vita sono la "speranza di vita alla nascita in buona salute" e la "speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni", che aggiungono al valore quantitativo del



numero di anni che ci si attende di vivere, anche un valore sulla qualità degli anni vissuti. In entrambi i casi, il Piemonte conferma i risultati migliori della media nazionale. Alla nascita, gli uomini possono contare su oltre 61 anni in buona salute (meno di 60 in Italia), contro i quasi 58 delle donne (poco più di 57 in Italia), e, raggiunti i 65 anni, gli uomini possono contare su ulteriori 10,5 anni senza limitazioni funzionali (meno di 10 in Italia) e le donne su oltre 11 anni (9,4 anni in Italia).

In sintesi, si potrebbe dire che i cittadini piemontesi hanno un'attesa di vita simile alla media italiana, ma di qualità migliore e ulteriormente migliorabile se si raggiungessero gli standard di alcune altre regioni del Nord.

La speranza di vita è un indicatore che si muove parallelamente al tasso di mortalità. Il tasso di mortalità generale (standardizzato per età), infatti, è in costante riduzione in entrambi i sessi (di più negli uomini), tanto in Piemonte quanto in Italia (di più in Piemonte). Guardare alla mortalità per causa aiuta a spiegare le dinamiche della mortalità generale. L'importante contrazione nella mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (un fenomeno che prosegue ormai da decenni) spiega in larga misura la riduzione della mortalità generale: in Piemonte, tra il 2007 e il 2011, per le malattie circolatorie il tasso standardizzato di mortalità (che annulla gli effetti della diversa composizione per età della popolazione nei due anni messi a confronto) si è ridotto di circa il 14,5% tra gli uomini e del 15% tra le donne. In considerazione del fatto che nello stesso periodo la riduzione del numero di decessi per queste cause è stata molto più contenuta (circa il 3% tra gli uomini e il 5% tra le donne) e che queste cause continuano a costituire un terzo del totale dei decessi (poco meno di 18.000 all'anno, di cui 1100 prima dei 65 anni di età) si comprende come la riduzione nel tempo della mortalità cardiovascolare influenzi notevolmente la riduzione della mortalità generale e al tempo stesso costituisca un obiettivo importante per le politiche di prevenzione. Le malattie dell'apparato circolatorio meritano un breve approfondimento per una peculiarità che interessa il Piemonte da molti anni. Questo gruppo di cause, come noto, rappresenta un raggruppamento eterogeneo le cui componenti sono costituite per circa un terzo dalle malattie ischemiche del cuore, un terzo da malattie cerebrovascolari e un ultimo terzo da una miscelanea di condizioni. Le prime due componenti si caratterizzano per un comportamento epidemiologico opposto: pur confermando entrambe un trend temporale in riduzione, il confronto con il resto dell'Italia è completamente differente: mentre in Piemonte la mortalità per le malattie ischemiche del cuore è tra le più basse d'Italia (per le donne i più bassi), quella per malattie cerebrovascolari presenta una situazione opposta con valori tra i più alti del Paese. Ragioni legate a differenze di assistenza, ma anche a differenze nel controllo di fattori di rischio correlati all'insorgenza di disturbi dell'apparato circolatorio dell'encefalo (in particolare l'ipertensione arteriosa) potrebbero contribuire a spiegare questo aspetto.

Il secondo grande gruppo di cause, che costituisce un ulteriore terzo dei decessi (15.000 all'anno), è rappresentato dalle neoplasie. La riduzione nei cinque anni di osservazione del tasso standardizzato di mortalità è assai più ridotta di quanto osservato per le malattie dell'apparato circolatorio: meno 6% per gli uomini (come l'Italia) e meno 2% per le donne (in Italia -2,5%) e il numero di decessi è leggermente aumentato. In entrambi i sessi la mortalità per tumore è più alta della media nazionale, ma simile alla media del Nord Italia. Anche in questo caso, il profilo epidemiologico della mortalità è fortemente influenzato dalle principali sedi tumorali colpite: il polmone per gli uomini e la mammella per le donne; in entrambi i casi, il Piemonte presenta valori più elevati della media nazionale, anche se in linea con quelli delle altre regioni settentrionali.

Tra gli altri grandi gruppi di cause di morte, le malattie dell'apparato respiratorio continuano a presentare un eccesso rispetto all'Italia sia tra gli uomini sia tra le donne, mentre non ci sono differenze di rilievo né per le malattie dell'apparato digerente, né per le cause accidentali. All'interno di quest'ultimo gruppo, però, sono ricompresi i decessi per suicidio i cui tassi, a partire dal 2008, anno di inizio della crisi economica tuttora in atto, hanno ripreso a salire in tutta Italia dopo un lungo periodo di progressivo declino; il Piemonte è una delle regioni italiane con i valori più alti.

Infine, alcune aggregazioni di cause di morte correlate a esposizioni individuali, quali fumo e alcol, mostrano una riduzione negli anni in osservazione (il fumo in particolare), ma senza che siano possibili confronti con i valori nazionali. Una diversa aggregazione di cause di morte evitabili (proposta dall'Atlante della mortalità evitabile

2007) per livelli di assistenza (anche in questo caso, gli indicatori non sono confrontabili con i valori nazionali e le aggregazioni di cause proposte non sono sovrapponibili con le patologie alcol e fumo-correlate), mostrano un miglioramento della mortalità per quelle cause aggredibili attraverso azioni di prevenzione primaria, ma solo per gli uomini. Questo non si verifica per le donne e neanche per cause di morte correlate alla prevenzione secondaria o ai trattamenti.

I risultati della recente indagine ISTAT sulla salute permettono anche il confronto di alcuni indicatori di salute riferita dai soggetti intervistati mediante questionario. Sia gli uomini, sia le donne piemontesi dichiarano una minore presenza di malattie croniche rispetto alla media italiana; questa condizione favorevole rispetto al resto d'Italia si accentua nella popolazione con più di 65 anni di età: "solo" il 44% degli uomini e il 35% delle donne in questa fascia di età dichiarano la presenza di almeno una malattia, contro, rispettivamente, il 48% e il 41%. In ogni caso, anche se in termini relativi si tratta di un valore positivo, il suo significato in termini assoluti è di rilievo in quanto indica che un numero importante di persone anziane è affetto da qualche forma di cronicità.

Un altro aspetto positivo della salute dei piemontesi riguarda la percezione del proprio stato di salute: poco meno del 5% degli uomini e il 6,4% delle donne alla domanda "come va la sua salute?" risponde "male o molto male". Le medie italiane sono superiori, rispettivamente di 6,2% e 8,4%.

È importante ricordare che gli indicatori di mortalità e di salute autoriferita descritti sino adesso rappresentano una "media" di situazioni differenti all'interno del territorio regionale. Nel caso della mortalità, per esempio, le aree montane e, in generale, quelle più periferiche rispetto ai maggiori centri metropolitani presentano indicatori più sfavorevoli e sostanzialmente invariati negli ultimi anni<sup>2</sup>. Differenze altrettanto importanti riguardano la posizione sociale dei cittadini: tutti gli indicatori di salute considerati presentano valori più sfavorevoli a carico dei gruppi sociali più svantaggiati rispetto ai più avvantaggiati (per istruzione, reddito, classe sociale,...); differenze sociali che, spesso, si mantengono nel tempo<sup>3</sup>. Questi argomenti saranno ripresi all'interno dei programmi specifici perché rilevanti per l'identificazione di obiettivi di prevenzione.

## Stili di vita

Il fumo di sigaretta è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute, ma le azioni di contrasto hanno già prodotto una diminuzione sia della mortalità per cause fumo correlate che della prevalenza del fattore di rischio; nella popolazione adulta (18-69 anni), in Piemonte, dal 2008 al 2013 i fumatori si sono ridotti dal 29% al 26% e gli ex fumatori dal 21% al 18%.

A dimostrazione dell'efficacia delle azioni di prevenzione primaria, la maggior parte della popolazione adulta non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione è in aumento.

La tutela delle persone dal fumo passivo, attraverso l'applicazione della Legge 3/2003, continua ad essere efficace: dal 2008 al 2013 in Piemonte sono in aumento sia le persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei locali pubblici (dal 93% al 96%), sia le persone che ritengono rispettato il divieto di fumare sul luogo di lavoro (dal 91% al 93%).

I risultati positivi delle azioni di contrasto al fumo di sigaretta in Piemonte sono maggiori rispetto al livello nazionale, soprattutto in termini di prevenzione primaria.

Rimangono da affrontare le forti disuguaglianze sociali nell'esposizione (la prevalenza di fumatori tra coloro con molte difficoltà economiche è quasi il doppio di coloro che non ne hanno, 40% vs 22%, PASSI 2010-2013) e anche nella capacità di smettere di fumare (tra le persone con molte difficoltà economiche c'è un ex fumatore circa ogni 3 fumatori, mentre tra quelle senza difficoltà economiche gli ex fumatori sono poco meno dei fumatori, PASSI 2010-2013) ed il monitoraggio dei comportamenti dei soggetti più giovani.

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

<sup>3</sup> Banca Dati Demografica Evolutiva della regione Piemonte (accesso in data 3.12.2014). Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N (a cura di). *L'Equità nella Salute in Italia – secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Franco Angeli Editore, Milano, 2014.

L'assunzione di bevande alcoliche è un elemento storico della cultura italiana e piemontese, regione con diffuse ed importanti aree di viticoltura; le persone che consumano bevande alcoliche, pur essendo in diminuzione, continuano ad essere la maggioranza degli adulti (nel 2013 in Piemonte il 55% della popolazione tra 18 e 69 anni). Il consumo di alcol procapite e la mortalità alcol-attribuibile dell'Italia sono tra i più bassi a livello europeo.

Soprattutto nelle giovani generazioni si assiste, però, alla sostituzione del modello di consumo mediterraneo, basato sull'assunzione quotidiana e moderata di vino, con modelli di consumo alcolico basati su un consumo occasionale e al di fuori dei pasti, più vicini ai modelli nord europei, che registrano un rilevante impatto in termini di morbosità e mortalità alcol-correlati. Tra le modalità di consumo di alcol a maggior rischio per la salute, l'assunzione abituale elevata di bevande alcoliche appare la meno diffusa: tra 18 e 69 anni di età in Piemonte nel 2013 risulta il 4,4% rispetto al doppio (8,8%) di persone che consumano alcol prevalentemente fuori pasto e all'8,3% di persone con consumo binge, ovvero persone che negli ultimi 30 giorni hanno consumato in una singola occasione almeno 5, se uomini, o almeno 4, se donne, Unità Alcoliche (UA). Le persone di questa età che presentano almeno uno di questi comportamenti a maggior rischio risultano in Piemonte complessivamente "solo" il 18%, valore che risulta superiore a quello nazionale, come in quasi tutte le regioni del Nord Italia. Va però tenuto presente che, tra i 18 e 24 anni, PASSI (2010-2013) stima che i bevitori a maggior rischio salgono al 50% tra gli uomini e al 33% tra le donne: in pratica, indipendentemente dal sesso, oltre il 60% delle persone che assumono bevande alcoliche lo fa con modalità a maggior rischio. Una nota positiva per le azioni di prevenzione effettuate in questo ambito viene dall'osservazione che, tra il 2008 e il 2013 in Piemonte, come nel resto del Nord Italia, si osserva un calo delle persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol (nel 2013 poco meno di un persona su 10 in età adulta).

È nota da tempo la relazione tra l'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) e numerose situazioni di rischio e malattie croniche (ad esempio ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari). Tra le persone adulte (18-69 anni) in Piemonte più di una persona su 3 è in eccesso ponderale, con una prevalenza di persone sovrappeso e di persone obese che risulta minore di quanto osservato a livello nazionale (nel 2013 rispettivamente 27% vs 31% e 8% vs 10%). La prevalenza di eccesso ponderale negli ultimi anni non mostra variazioni significative tra gli adulti e neppure tra i bambini (in III elementare nel 2013 in Piemonte sovrappeso 20,3%, obesità 8,0%).

La popolazione adulta si divide in maniera complessivamente equivalente tra sedentari, persone che fanno attività fisica in quantità inferiore a quanto richiesto dagli standard internazionali e le persone attive (ovvero quelle che fanno attività fisica secondo gli standard internazionali). La distribuzione di queste categorie non ha mostrato tra il 2008 ed il 2013 modifiche significative né in Piemonte né a livello nazionale. Risulta stazionaria anche la prevalenza di persone con 3 anni o più che non praticano sport, ma con un valore decisamente inferiore in Piemonte rispetto a quello osservato in Italia (30% vs 39%).

Come per il fumo di sigaretta, anche l'assunzione di alcol, l'eccesso ponderale e la sedentarietà si presentano nella popolazione con forti differenze per età, genere, condizione sociale e, talvolta, area di residenza. Come già evidenziato, queste situazioni saranno considerate nei capitoli specifici per meglio indirizzare le azioni del PRP.

## Struttura, salute e bisogni della popolazione piemontese

|   | PIEMONTE  |                  | ITALIA     |                   |
|---|-----------|------------------|------------|-------------------|
|   | 2007      | 2012             | 2007       | 2012              |
| <b>DEMOGRAFIA</b>   |           |                  |            |                   |
| <b>Struttura demografica</b>                                |           |                  |            |                   |
| Abitanti <sup>1</sup>                                       | 4.332.069 | <b>4.374.052</b> | 58.652.875 | <b>59.685.227</b> |
| Età media <sup>1</sup>                                      | 45,1      | <b>45,6</b>      | 42,9       | <b>43,8</b>       |
| Popolazione ≥ 65 anni (x 100) <sup>2</sup>                  | 22,7      | <b>23,6</b>      | 20,0       | <b>21,0</b>       |
| Popolazione ≥ 75 anni (x 100) <sup>2</sup>                  | 10,8      | <b>11,9</b>      | 9,6        | <b>10,5</b>       |
| Popolazione ≥ 85 anni (x 100) <sup>2</sup>                  | 2,6       | <b>3,3</b>       | 2,3        | <b>2,9</b>        |
| Indice di invecchiamento (x 100) <sup>2</sup>               | 180,7     | <b>181,2</b>     | 142,2      | <b>150,0</b>      |
| Indice di dipendenza (x 100) <sup>2</sup>                   | 54,4      | <b>57,8</b>      | 51,6       | <b>53,9</b>       |
| Indice di ricambio (x 100) <sup>3</sup>                     | 148,3     | <b>158,6</b>     | 113,8      | <b>129,8</b>      |
| <b>Fecondità</b>  |           |                  |            |                   |
| Indice di fecondità (x 1.000 donne 15-49 anni) <sup>2</sup> | 39,4      | <b>39,2</b>      | 39,8       | <b>38,9</b>       |
| Numero medio figli per donna <sup>3</sup>                   | 1,35      | <b>1,43</b>      | 1,37       | <b>1,42</b>       |
| Numero medio figli donne italiane <sup>3</sup>              | 1,19      | <b>1,26</b>      | 1,28       | <b>1,29</b>       |
| Numero medio figli donne straniere <sup>3</sup>             | 2,43      | <b>2,32</b>      | 2,40       | <b>2,37</b>       |
| <b>Dinamica di popolazione</b>                              |           |                  |            |                   |
| Numero di nati (anno 2011) <sup>2</sup>                     | 38.580    | <b>36.834</b>    | 564.365    | <b>527.770</b>    |
| Numero di deceduti (anno 2011) <sup>2</sup>                 | 47.943    | <b>49.089</b>    | 572.881    | <b>594.153</b>    |
| Tasso di natalità (x 1.000) (anno 2011) <sup>2</sup>        | 8,8       | <b>8,5</b>       | 9,5        | <b>9,1</b>        |
| Indice di mortalità (x 10.000) (anno 2011) <sup>2</sup>     | 108,8     | <b>110,4</b>     | 95,9       | <b>98,4</b>       |
| Saldo migratorio totale (x 1.000) <sup>2</sup>              | + 12,9    | <b>+ 8,8</b>     | + 7,5      | <b>+ 6,2</b>      |
| Saldo migratorio con estero (x 1.000) <sup>2</sup>          | + 12,5    | <b>+ 4,3</b>     | + 7,5      | <b>+ 4,1</b>      |
| Stranieri residenti (x 100) <sup>2</sup>                    | 5,8       | <b>8,3</b>       | 5,0        | <b>6,3</b>        |

|  | PIEMONTE          |              | ITALIA            |              |
|--|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
|  | 2007              | 2012         | 2007              | 2012         |
| <b>CARATTERISTICHE SOCIALI</b>   |                   |              |                   |              |
| Persone con almeno la licenza media superiore 25-64 anni (x 100) <sup>4</sup>              | 53,6              | <b>57,8</b>  | 52,3              | <b>57,2</b>  |
| Tasso di disoccupazione (x 100) <sup>6</sup>   | 4,2               | <b>9,2</b>   | 6,1               | <b>10,7</b>  |
| Tasso di disoccupazione giovanile (x 100) <sup>6</sup>                                     | 14,3              | <b>31,9</b>  | 20,3              | <b>35,3</b>  |
| Giudizio sulle risorse economiche: assolutamente insufficienti o scarse                    | 40,0              | <b>41,9</b>  | 43,7              | <b>47,1</b>  |
| Densità abitativa (per 100 m <sup>2</sup> ) <sup>5</sup>                                   | 2,5               | <b>2,3</b>   | 2,7               | <b>2,4</b>   |
| Famiglie monocomponente (x 100) <sup>2</sup>   | 30,3              | <b>32,5</b>  | 26,3              | <b>30,1</b>  |
| Popolazione >=65 anni che vive sola (x 100) <sup>2</sup>                                   | 30,5              | <b>29,8</b>  | 27,1              | <b>28,9</b>  |
| Occupati agricoltura (x 100) <sup>6</sup>  | 3,5               | <b>3,0</b>   | 4,0               | <b>3,7</b>   |
| Occupati servizi (x 100) <sup>6</sup>  | 61,1              | <b>63,7</b>  | 65,9              | <b>68,5</b>  |
| Occupati industria (x 100) <sup>6</sup>  | 35,4              | <b>33,3</b>  | 30,2              | <b>27,8</b>  |
| <b>INDICATORI GENERALI STATO DI SALUTE</b>   |                   |              |                   |              |
| Tasso di mortalità infantile (per 10.000 nati vivi) (anno 2011) <sup>2</sup>               | 28,0              | <b>24,2</b>  | 33,4              | <b>30,1</b>  |
| Speranza di vita alla nascita: uomini <sup>2</sup>   | 78,5              | <b>79,6</b>  | 78,7              | <b>79,6</b>  |
| Speranza di vita alla nascita: donne <sup>2</sup>  | 84,1              | <b>84,4</b>  | 84,0              | <b>84,4</b>  |
| Speranza di vita a 65 anni: uomini <sup>2</sup>  | 17,7              | <b>18,3</b>  | 17,9              | <b>18,3</b>  |
| Speranza di vita a 65 anni: donne <sup>2</sup>   | 21,6              | <b>21,8</b>  | 21,6              | <b>21,8</b>  |
| Speranza di vita in buona salute alla nascita uomini <sup>4</sup>                          | 58,3 <sup>a</sup> | <b>61,3</b>  | 57,7 <sup>a</sup> | <b>59,8</b>  |
| Speranza di vita in buona salute alla nascita donne <sup>4</sup>                           | 55,3 <sup>a</sup> | <b>57,8</b>  | 55,1 <sup>a</sup> | <b>57,3</b>  |
| Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni uomini <sup>4</sup> | 10,2 <sup>b</sup> | <b>10,5</b>  | 9,0 <sup>b</sup>  | <b>9,9</b>   |
| Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni donne <sup>4</sup>  | 11,3 <sup>b</sup> | <b>11,2</b>  | 8,9 <sup>b</sup>  | <b>9,4</b>   |
| Giudizio negativo sul proprio stato di salute (x 100 std) uomini > 14 anni <sup>7</sup>    | 5,3 <sup>c</sup>  | <b>4,8</b>   | 6,3 <sup>c</sup>  | <b>6,2</b>   |
| Giudizio negativo sul proprio stato di salute (x 100 std) donne >14 anni <sup>7</sup>      | 7,0 <sup>c</sup>  | <b>6,4</b>   | 8,4 <sup>c</sup>  | <b>8,4</b>   |
| Persone con almeno una malattia cronica (x 100 std) uomini <sup>7</sup>                    | 13,7 <sup>c</sup> | <b>13,9</b>  | 15,9 <sup>c</sup> | <b>15,9</b>  |
| Persone con almeno una malattia cronica (x 100 std) donne <sup>7</sup>                     | 11,4 <sup>c</sup> | <b>12,6</b>  | 13,1 <sup>c</sup> | <b>13,7</b>  |
| Persone con almeno una malattia cronica ≥65 anni (x 100 std) uomini <sup>7</sup>           | 48,9 <sup>c</sup> | <b>43,8</b>  | 47,8 <sup>c</sup> | <b>48,3</b>  |
| Persone con almeno una malattia cronica ≥65 anni (x 100 std) donne <sup>7</sup>            | 33,6 <sup>c</sup> | <b>35,1</b>  | 39,8 <sup>c</sup> | <b>41,1</b>  |
| <b>Tassi standardizzati di mortalità per 10.000</b>  |                   |              |                   |              |
| <i>Uomini</i>  |                   |              |                   |              |
| Tutte le cause <sup>2</sup>  | 113,9             | <b>104,7</b> | 110,4             | <b>102,5</b> |
| Malattie infettive (anno 2011) <sup>2</sup>  | 1,8               | <b>2,2</b>   | 1,5               | <b>1,9</b>   |
| Tumori (anno 2011) <sup>2</sup>  | 38,3              | <b>36,0</b>  | 36,8              | <b>34,6</b>  |
| M. sistema circolatorio (anno 2011) <sup>2</sup>   | 40,8              | <b>34,9</b>  | 39,8              | <b>35,1</b>  |

|   | PIEMONTE |             | ITALIA       |              |
|---|----------|-------------|--------------|--------------|
|   | 2007     | 2012        | 2007         | 2012         |
| M. apparato respiratorio (anno 2011) <sup>2</sup>                   | 9,7      | <b>9,0</b>  | 8,9          | <b>8,2</b>   |
| M. apparato digerente (anno 2011) <sup>2</sup>                      | 4,4      | <b>4,1</b>  | 4,4          | <b>4,0</b>   |
| Cause accidentali (anno 2011) <sup>2</sup>                          | 5,7      | <b>5,0</b>  | 5,3          | <b>4,8</b>   |
| Cause fumo-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>                       | 20,3     | <b>18,8</b> | <sup>d</sup> | <sup>b</sup> |
| Cause alcool-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>                     | 2,7      | <b>2,5</b>  | <sup>b</sup> | <sup>b</sup> |
| Cause evitabili con prevenzione primaria (anno 2011) <sup>9</sup>   | 14,7     | <b>13,5</b> | <sup>b</sup> | <sup>b</sup> |
| Cause evitabili con prevenzione secondaria (anno 2011) <sup>9</sup> | 2,3      | <b>2,2</b>  | <sup>b</sup> | <sup>b</sup> |
| Cause evitabili con trattamenti (anno 2011) <sup>9</sup>            | 6,1      | <b>5,9</b>  | <sup>b</sup> | <sup>b</sup> |
| <i>Donne</i>  |          |             |              |              |
| Tutte le cause <sup>2</sup>   | 70,6     | <b>66,1</b> | 70,1         | <b>66,1</b>  |
| Malattie infettive (anno 2011) <sup>2</sup>                         | 1,0      | <b>1,7</b>  | 0,9          | <b>1,3</b>   |
| Tumori (anno 2011) <sup>2</sup>                                     | 20,4     | <b>20,0</b> | 19,6         | <b>19,1</b>  |
| M. sistema circolatorio (anno 2011) <sup>2</sup>                    | 28,4     | <b>24,1</b> | 28,9         | <b>25,3</b>  |
| M. apparato respiratorio (anno 2011) <sup>2</sup>                   | 4,3      | <b>4,1</b>  | 3,8          | <b>3,7</b>   |
| M. apparato digerente (anno 2011) <sup>2</sup>                      | 3,1      | <b>2,6</b>  | 2,8          | <b>2,6</b>   |
| Cause accidentali (anno 2011) <sup>2</sup>                          | 2,3      | <b>2,1</b>  | 2,4          | <b>2,2</b>   |
| Cause fumo-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>                       | 5,7      | <b>5,2</b>  | <sup>b</sup> | <sup>b</sup> |
| Cause alcool-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>                     | 1,0      | <b>0,9</b>  | <sup>b</sup> | <sup>b</sup> |
| Cause evitabili con prevenzione primaria (anno 2011) <sup>9</sup>   | 3,9      | <b>3,7</b>  | <sup>b</sup> | <sup>b</sup> |
| Cause evitabili con prevenzione secondaria (anno 2011) <sup>9</sup> | 4,0      | <b>3,9</b>  | <sup>b</sup> | <sup>b</sup> |
| Cause evitabili con trattamenti (anno 2011) <sup>9</sup>            | 3,0      | <b>3,0</b>  | <sup>b</sup> | <sup>b</sup> |

<sup>a</sup> Anno 2009.

<sup>b</sup> Anno 2008.

<sup>c</sup> Anno 2005.

<sup>d</sup> Aggregazione di cause di morte non disponibile per il livello nazionale.

| STILI DI VITA  | 2008 | 2013        | 2008 | 2013        |
|--|------|-------------|------|-------------|
| <b>Fumo</b>  |      |             |      |             |
| Fumatori 18-69 anni (x 100) <sup>10</sup>  | 28,8 | <b>25,7</b> | 29,9 | <b>27,2</b> |
| Ex fumatori 18-69 anni (x 100) <sup>10</sup>   | 21,1 | <b>18,3</b> | 19,5 | <b>17,8</b> |
| Fumatori 18-69 anni che hanno cercato di smettere nell'ultimo anno (x 100) <sup>10</sup>         | 39,8 | <b>39,1</b> | 37,2 | <b>40,4</b> |
| Persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici (x 100) <sup>10</sup>  | 93,1 | <b>95,8</b> | 87,2 | <b>90,6</b> |
| Persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi di lavoro (x 100) <sup>10</sup> | 90,9 | <b>93,0</b> | 87,1 | <b>91,5</b> |
| <b>Alcol</b>   |      |             |      |             |
| Persone 18-69 anni che consumano alcol (x 100) <sup>10</sup>                                     | 62,0 | <b>55,7</b> | 59,3 | <b>54,5</b> |
| Persone 18-69 anni con consumo di alcol abituale elevato (x 100) <sup>10</sup>                   | 6,0  | <b>4,4</b>  | 5,4  | <b>3,6</b>  |
| Persone 18-69 anni con consumo di alcol prevalentemente fuori pasto (x 100) <sup>10</sup>        | 8,6  | <b>8,8</b>  | 8,2  | <b>7,8</b>  |
| Persone 18-69 anni con consumo "binge" (x 100) <sup>10</sup>                                     | e    | <b>8,3</b>  | c    | <b>8,8</b>  |
| Persone 18-69 anni con consumo a rischio (x 100) <sup>10</sup>                                   | c    | <b>18,2</b> | c    | <b>16,7</b> |
| Persone 18-69 anni con guida sotto l'effetto dell'alcol (x 100) <sup>10</sup>                    | 11,3 | <b>8,8</b>  | 8,7  | <b>8,7</b>  |
| <b>Sovrappeso e obesità</b>  |      |             |      |             |
| Bambini 8-9 anni in sovrappeso (x 100) <sup>11</sup>   | 19,5 | <b>20,3</b> | 23,1 | <b>22,2</b> |
| Bambini 8-9 anni obesi (x 100) <sup>11</sup>   | 7,8  | <b>8,0</b>  | 11,5 | <b>10,6</b> |
| Persone 18-69 anni in sovrappeso (BMI tra 25,0 e 29,9) (x 100) <sup>10</sup>                     | 29,5 | <b>27,3</b> | 31,6 | <b>31,4</b> |
| Persone 18-69 anni obese (BMI > 30) (x 100) <sup>10</sup>  | 9,1  | <b>8,2</b>  | 10,3 | <b>10,4</b> |
| <b>Attività fisica</b>   |      |             |      |             |
| Persone che non praticano sport >= 3 anni (x 100) <sup>12</sup>                                  | 30,0 | <b>29,7</b> | 39,5 | <b>39,2</b> |
| Persone 18-69 anni sedentarie (x 100) <sup>10</sup>  | 27,2 | <b>31,2</b> | 29,4 | <b>30,7</b> |
| Persone 18-69 anni attive (x 100) <sup>10</sup>  | 33,8 | <b>32,6</b> | 32,5 | <b>33,4</b> |

<sup>1</sup> Fonte: I.STAT - <http://dati.istat.it/> - Sezione Popolazione e Famiglia - Popolazione - Indicatori demografici

<sup>2</sup> Fonte: Istat - Health for All - Versione giugno 2014 - <http://www.istat.it/it/archivio/14562>

<sup>3</sup> Fonte: Istat - Demografia in cifre - <http://demo.istat.it/>

<sup>4</sup> Fonte: Istat - Rapporto BES 2013 - <http://www.istat.it/it/files/2013/03/Rapporto-Bes-2013-appendice-tavole.zip>

<sup>5</sup> Fonte: Censimenti della popolazione e delle abitazioni 2001 e 2011 - <http://dawinci.istat.it/jsp/MD/dawinciMD.jsp> e <http://dati-censimentopopolazione.istat.it/>

<sup>6</sup> Fonte: Istat - Rilevazione trimestrale sulle forze di lavoro (I.ISTAT)

<sup>7</sup> Fonte: <http://www.istat.it/it/archivio/128176>

<sup>8</sup> Elaborazione Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat. Per le cause di morte alcool-correlate è stata utilizzata la classificazione proposta dal CDC di Atlanta (CDC. About ARDI. Alcohol-related ICD codes. <https://apps.nccd.cdc.gov/ARDI/AboutARDICrosswalk.htm>. DC. e About ARDI. Alcohol-attributable fractions report. <https://apps.nccd.cdc.gov/ARDI/Report.aspx?T=AAF&P=f214cf69-cad7-496f-ace2-2a09b9d6a126&R=804296a0-ac47-41d3-a939-9df26a176186>); per le cause fumo correlate la classificazione proposta da Single E, Rehm J, Robson L, Truong MV. The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ* 2000;62:1669-75.

<sup>9</sup> Elaborazione Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat. Per le cause di morte evitabili correlate ai livelli di assistenza è stata utilizzata la classificazione proposta da: ERA-Epidemiologia e Ricerca Applicata. Mortalità evitabile per genere e Usl. Atlante 2007. <http://www.e-r-a.it/>

<sup>10</sup> Fonte: PASSI [www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni) ; [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi)

<sup>11</sup> Fonte: Okkio alla salute (indagini 2008 e 2012) [www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni) ; [www.epicentro.iss.it/okkioallasalute](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute)

<sup>12</sup> Fonte: I.STAT - <http://dati.istat.it/> - Sezione Cultura, comunicazione, tempo libero, uso del tempo.

## PROGRAMMI DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

Ciascun programma è corredato da una breve introduzione e dall'elenco degli obiettivi centrali del Piano nazionale di prevenzione (PNP) ai quali intende contribuire, attraverso le azioni da sviluppare negli anni di vigenza del PRP. Sono considerati, complessivamente, tutti gli obiettivi centrali di tutti i macro obiettivi (MO) del PNP.

### Guadagnare Salute Piemonte

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 elevati danni umani, sociali ed economici (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 può 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 dell'OMS, per il periodo 2013-2020, 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 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.

I disturbi mentali, peraltro, sono il secondo principale fattore che contribuisce al carico di malattia (misurato in DALYs) nella regione europea (19%) e rappresentano la principale causa di disabilità. I disturbi mentali più comuni – depressione e ansia – colpiscono una persona su quattro ogni anno nella regione europea (Health 2020). 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.

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” – si è individuato un approccio che, a partire dai principi di “Salute in tutte le politiche”, implementa gli obiettivi del programma nazionale “Guadagnare Salute”.

Questo approccio si basa principalmente su strategie e programmi integrati di popolazione e di setting, per diffondere e facilitare la scelta di stili di vita salutari sviluppando azioni di comunità (ad esempio gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare,...) o azioni terapeutiche specifiche (ad esempio prescrizione dell'attività fisica, interventi di counseling motivazionale,...), rivolte a soggetti già portatori di fattori di rischio comportamentali o intermedi. Questo 'modello' vuole armonizzare, in maniera efficace e funzionale, la dimensione operativa di setting con quella di area tematica e di ciclo di vita, queste ultime entrambe considerate prioritarie dal documento di policy Health 2020. Il setting viene inteso come contesto di vita in cui – più facilmente – è possibile intercettare individui e gruppi e avviare azioni partecipate e facilitanti il cambiamento, creando ambienti favorevoli a scelte salutari. I programmi saranno perciò articolati nei setting: scuola, comunità, ambiente di lavoro e servizi sanitari, di seguito brevemente descritti.

In questi programmi confluisce anche buona parte degli obiettivi previsti dai macro obiettivi del PNP relativi a benessere mentale, prevenzione delle dipendenze, incidenti domestici e stradali, in quanto oggetto delle azioni relative a quasi tutti i programmi qui considerati.



## 1. Guadagnare Salute Piemonte - scuola. La scuola promotrice di salute

La scuola rappresenta il setting “obbligato”, per numerosità della popolazione target ed evidenze di efficacia, per la promozione del benessere e di corretti stili di vita.

In Piemonte gli alunni dei vari ordini di scuola sono più di 600.000, di cui più del 13% stranieri; gli istituti scolastici statali sono 589 con 3.217 sedi e 24.978 classi, gli istituti paritari 789, 51.000 gli insegnanti e qualche migliaio il personale non docente.

La scuola è il setting scelto dal 60% degli interventi rendicontati dalla banca dati Pro.Sa.

La collaborazione intersettoriale sancita dal protocollo di intesa in essere e l'esperienza avviata con il PSR 2010-12 sulle scuole promotrici di salute rappresentano sicuramente la strategia da perseguire anche per il prossimo quinquennio, promuovendo la selezione e la diffusione di buone pratiche *evidence-based*. Gli obiettivi che si intende perseguire si possono così sintetizzare:

- 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.);
- implementazione e coordinamento delle iniziative esistenti volte a promuovere le *life skills* e le capacità di resilienza;
- valorizzazione dell'adesione alla rete SHE in collaborazione con altre regioni;
- coinvolgimento dell'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro nei futuri lavoratori.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui (MO 4)
- 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 (MO 1)
- Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta (MO 1)
- Estendere la tutela dal fumo passivo (MO 1)
- Ridurre il consumo di alcol a rischio (MO 1)
- Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali (MO3)
- Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori (MO 7)

## 2. Guadagnare Salute Piemonte - comunità e ambienti di vita

Il setting “comunità” rappresenta il contesto di vita delle persone (vicinato, quartiere, comune, distretto) ed è particolarmente importante per gli interventi relativi ai primi anni di vita, ai ragazzi e ai giovani e agli anziani. Gli interventi di comunità possono sostenere l'*empowerment* della comunità locale, offrire opportunità di partecipazione/coinvolgimento e di integrazione con le politiche e gli interventi socio-culturali, ricreativi, associativi. Si può così generare un senso di appartenenza della comunità locale rispetto ai temi della salute, promuovendo benessere individuale e comunitario, rinforzando il capitale sociale e creando comunità più resilienti. Gli obiettivi che si intende perseguire si possono così sintetizzare:

- coordinamento gruppi di lavoro permanenti “Genitori più”, “Rete per l’Attività Fisica”, “Rete di psicologia dell’Adolescenza”, “Rete donazione sangue e midollo osseo”;
- accordi quadro e progetti pilota con associazioni e imprese alimentari per:
  - riduzione del contenuto di sale nel pane;
  - miglioramento della qualità nutrizionale dei menu nella ristorazione collettiva e nei ristoranti;
  - miglioramento della disponibilità e riconoscibilità di alimenti salutari nei distributori automatici di alimenti;
- genitorialità: interventi di sensibilizzazione/formazione al tema della promozione della salute nei “primi mille giorni” di alcuni profili professionali (operatori ASL, farmacisti) e degli studenti del Corso di laurea Infermieristica/Pediatrica.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita) (MO 1)
- Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali (MO 3)
- Aumentare il consumo di frutta e verdura (almeno 3 porzioni al giorno) (MO 1)
- Ridurre il consumo eccessivo di sale (MO 1)
- Aumentare l’attività fisica delle persone (MO 1)
- Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni (MO 6)
- Estendere la tutela dal fumo passivo (MO 1)
- Ridurre il consumo di alcol a rischio (MO 1)
- Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero (MO 6)
- Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver (MO 6)
- Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale (MO 3)

### 3. Guadagnare Salute Piemonte - ambienti di lavoro

Le azioni multi-componente di promozione della salute in ambiente di lavoro hanno ormai convincenti evidenze di efficacia per i determinanti comportamentali degli stili di vita (attività fisica, alimentazione, consumo di alcol, fumo). Anche l'azione sul benessere organizzativo risulta efficace per la promozione della salute. Si tratta quindi di sviluppare, come richiesto dal PNP, strategie per supportare l'implementazione di azioni efficaci volte a prevenire le malattie cronico-degenerative e i rischi di patologie correlate al lavoro, nonché per favorire la costruzione della Rete delle aziende che promuovono salute. Una linea di intervento, in particolare, riguarderà la tutela della salute e del benessere organizzativo nelle aziende sanitarie e ospedaliere della Regione.

#### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Aumentare il consumo di frutta e verdura (almeno 3 porzioni al giorno) (MO 1)
- Ridurre il consumo eccessivo di sale (MO 1)
- Aumentare l'attività fisica delle persone (MO 1)
- Estendere la tutela dal fumo passivo (MO 1)
- Ridurre il consumo di alcol a rischio (MO 1)
- Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende (MO 7)

#### 4. Guadagnare Salute Piemonte - setting sanitario

Il setting servizi sanitari è particolarmente coinvolto nelle strategie individuali (identificazione e presa in carico dei soggetti a rischio, counseling motivazionale, prevenzione secondaria,...). Si proseguirà pertanto l'azione di messa a punto di percorsi integrati con la cura e l'assistenza, di coordinamento tra i servizi interessati e di valorizzazione delle reti dei *care giver*, in vari ambiti, tra cui:

- 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;
- avvio di uno studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT;
- ricognizione delle attività di screening audiologico e oftalmologico neonatale e sviluppo di un sistema di tracciabilità del percorso di approfondimento dei sospetti.

##### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Ridurre il numero dei fumatori (MO 1)
- Estendere la tutela dal fumo passivo (MO 1)
- Ridurre il consumo di alcol a rischio (MO 1)
- Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche (MO 1)
- Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT (MO 1)
- Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS (MO 6)
- Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita (MO 2)
- Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita (MO 2)

## 5. Prevenzione incidenti domestici

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.

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

- monitoraggio degli accessi al PS degli Ospedali della Regione;
- formazione degli insegnanti della scuola dell'infanzia e della scuola primaria sui temi della sicurezza in casa;
- informazione alla popolazione nelle occasioni opportune;
- valutazione dei rischi delle abitazioni mediante diffusione del questionario auto compilato.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero (MO 6)
- Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver (MO 6)
- Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico (MO 6)

## 6. Prevenzione incidenti stradali

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. Si intende quindi sviluppare le azioni avviate con il precedente PRP:

- sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato, e stima del carico di disabilità (*burden of disease*);
- promozione di comportamenti di guida responsabile;
- interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive;
- attività di documentazione e disseminazione.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Ridurre il numero di decessi per incidente stradale (MO 5)
- Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale (MO 5)
- Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida (MO 5)
- Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui (MO 4)

## 7. Contrasto e prevenzione del rischio della dipendenza da gioco d'azzardo

La stima di persone con problematiche da gioco d'azzardo patologico (GAP) è estremamente difficile, a causa della variabilità dei criteri diagnostici e del non riconoscimento del problema da parte dei soggetti coinvolti. Da alcuni studi si può stimare una prevalenza nella popolazione generale (15-64 anni) fra l'1,2 e il 3%.

In Italia il fenomeno del gioco d'azzardo è in continua crescita come osservabile dall'andamento delle statistiche dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ex AAMS) relative alla quantità di denaro giocato. Il fatturato del gioco in Italia nell'anno 2011 è stato di 79,9 miliardi, cresciuti ad 86 miliardi nel 2012. L'impatto sul PIL è passato dal 1,6 del 2001 al 6,5 del 2013, raggiungendo quasi l'equivalente del costo complessivo del Servizio Sanitario Nazionale. La spesa degli italiani negli ultimi anni si attesta a poco meno di 90 miliardi, in pratica è come se ogni italiano spendesse 1400 euro all'anno per tentare la fortuna.

In Piemonte la spesa per il gioco d'azzardo è stimata in 5 miliardi di euro circa.

Va tenuto conto che ai costi summenzionati vanno altresì associati:

- i costi sociali legati all'impatto sulle famiglie;
- gli interessi economici da parte delle criminalità (usura, riciclaggio di denaro, irretimento dei giocatori, gestione del gioco illegale, ecc.);
- i costi sanitari per la presa in carico per la cura dei giocatori;
- i costi derivanti dall'impatto negativo sull'economia e sul mondo del lavoro.

Il fenomeno del gioco d'azzardo interessa anche il mondo giovanile, nonostante sia espressamente vietato ai minori di anni 18. Nell'ambito dello studio SPS, la prevalenza del gioco d'azzardo patologico è stata stimata in circa l'8% nella popolazione 15-19 anni.

Nel 2013 sono stati trattati, presso i Ser.D del Piemonte, 1256 soggetti per gioco d'azzardo: 10 per *gambling* problematico e 1246 per *gambling* patologico. Le donne sono state 268, i maschi 988, 3,7 volte più numerosi delle donne. I nuovi utenti sono stati 578, gli utenti rientrati o già in carico 655. L'età media è stata di 47,9 anni: 51,9 nelle donne e 46,7 negli uomini, 46,8 nei nuovi utenti 48,8 tra gli utenti rientrati o già in carico. Il numero di soggetti trattati a partire dal 2005 (anno della prima rilevazione specifica) è costantemente aumentato, con un incremento 2005/2013 di oltre il 750%.

OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui (MO 4)

## 8. Contrasto del tabagismo e promozione dell'uso consapevole dell'alcol

Il **fumo di sigaretta** è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute, ma le azioni di contrasto hanno già prodotto una diminuzione sia della mortalità per cause fumo correlate che della prevalenza del fattore di rischio; nella popolazione adulta (18-69 anni), in Piemonte, dal 2008 al 2013 i fumatori si sono ridotti dal 29% al 26% e gli ex fumatori dal 21% al 18%.

A dimostrazione dell'efficacia delle azioni di prevenzione primaria, la maggior parte della popolazione adulta non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione è in aumento.

I risultati positivi delle azioni di contrasto al fumo di sigaretta in Piemonte sono maggiori rispetto al livello nazionale, soprattutto in termini di prevenzione primaria, occorrerà pertanto riprendere e rinforzare le azioni educative a valenza universale, le iniziative specifiche di prevenzione selettiva nonché quelle di prevenzione indicata per i soggetti danneggiati.

L'**assunzione di bevande alcoliche** è un elemento storico della cultura italiana e piemontese, regione con diffuse ed importanti aree di viticoltura; le persone che consumano bevande alcoliche, pur essendo in diminuzione, continuano ad essere la maggioranza degli adulti (nel 2013 in Piemonte il 55% della popolazione tra 18 e 69 anni). Il consumo di alcol pro capite e la mortalità alcol-attribuibile dell'Italia sono tra i più bassi a livello europeo.

Soprattutto nelle giovani generazioni si assiste, però, all'affiancamento al modello di consumo mediterraneo, basato sull'assunzione quotidiana e moderata di vino, del modello di consumo alcolico basato su un consumo occasionale e al di fuori dei pasti, più vicino al modello nord europeo, che registra un rilevante impatto in termini di morbosità e mortalità alcol correlati. Va tenuto presente che tra i 18 e 24 anni PASSI (2010-2013) stima che i bevitori a maggior rischio siano il 50% tra gli uomini ed il 33% tra le donne: indipendentemente dal sesso, oltre il 60% delle persone che assumono bevande alcoliche, lo fa con modalità a maggior rischio: occorre, pertanto, implementare le azioni educative volte alla promozione dell'uso consapevole dell'alcol che concorrono all'assunzione di uno stile di vita il più possibile sano.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui (MO 4)



## 9. Screening oncologici

Gli obiettivi regionali sono:

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 diagnostiche;
3. introduzione graduale del test per la ricerca del DNA del Papilloma virus umano come test primario per lo screening della cervice uterina per le donne di 30-64 anni;
4. stabilire l'opportunità e la fattibilità del perseguimento di tale obiettivo.

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. Fanno parte dei LEA. 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.

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.

I programmi sopradescritti sono rivolti alla popolazione a "rischio standard". È opportuno valutare l'implementazione di percorsi organizzati di screening per pazienti ad alto rischio di sviluppo di cancro a causa di condizioni di rischio genetico per i quali esista evidenza di efficacia e di fattibilità. Si intende verificare la possibilità di sviluppare un percorso organizzato per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica con caratteristiche di integrazione e complementarietà al percorso di screening già in essere. 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, dell'esperienza di altre Regioni e delle linee guida internazionali.

OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

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

## 10. Monitoraggio e prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito

L'impatto del diabete sulla salute della popolazione e sulle risorse sanitarie è rilevante. I dati più recenti dell'Osservatorio SID-ARNO Diabete indicano un progressivo incremento della prevalenza del diabete, che ha ora raggiunto il valore 6,2%, con stime pari all'8-10% nel 2025. 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. È 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.

Le strategie di prevenzione del diabete mellito si identificano, oltre che con la promozione di corretti stili di vita nella popolazione generale, con la diagnosi precoce e l'adeguata gestione della patologia da parte del paziente, del medico di medicina generale e del team diabetologico. È quindi fondamentale l'identificazione precoce delle persone in condizioni di rischio aumentato, tramite programmi di popolazione che prevedano la valutazione integrata di glicemia, peso e pressione arteriosa, fumo, da indirizzare verso una adeguata presa in carico in grado di potenziare le risorse e attivare percorsi terapeutico assistenziali. È noto che la diagnosi di diabete tipo 2 avviene con un ritardo medio di quasi 10 anni rispetto al reale inizio della malattia e che per questo motivo, oltre che per i coesistenti fattori di rischio (dislipidemia, ipertensione, ecc.), al momento della diagnosi solo 1 soggetto su 4 non ha già un più o meno evidente danno d'organo. L'attività fisica contribuisce al miglioramento del compenso glicemico e alla riduzione dell'approccio farmacologico, tuttavia non sono disponibili programmi di prescrizione di esercizio-terapia in pazienti diabetici nella nostra Regione.

Nell'ambito del PRP 2014, è stato attivato formalmente il Registro Diabete Piemonte, e sono in corso le elaborazioni dei dati epidemiologici nel periodo 2011-2014 derivanti dai linkage dei flussi informativi. È proseguita l'implementazione della gestione integrata a livello regionale. È stata inoltre effettuata una analisi preliminare dei dati relativi alla gestione integrata che ha mostrato come nel 2012 il 30% circa dei diabetici della nostra Regione fosse seguito con questa modalità, anche se la proporzione di diabetici con almeno una misurazione di HbA1c nell'arco di un anno è risultata bassa (70%). Non è ancora stata effettuata l'analisi degli indicatori di esito.

Si intende proseguire con le seguenti azioni:

1. monitoraggio epidemiologico della popolazione diabetica tramite il Registro Diabete Piemonte (periodo 2011-2018);
2. attivazione rete diabetologica tramite la conoscenza dei bisogni della popolazione diabetica, indicatori di qualità della cura, costi diretti;
3. studio di fattibilità di screening di diabete non noto campione stratificato di età 45-60 anni.

OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT (MO 1)
- Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione nelle persone con patologie croniche (MO 1)

## **11. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali.**

### **Perfezionamento dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro**

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.

I sistemi informativi che si ritiene utilizzare o implementare sono i seguenti:

- Utilizzo di Flussi INAIL-Regioni come base dati utile alla programmazione regionale e locale.
- Diffusione e utilizzo in tutti i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro dell'applicativo SPRESALWeb, realizzato per la gestione delle attività dei Servizi, e sua implementazione.
- Attivazione di un sistema per l'invio on-line della notifica cantieri, ex art. 99 DLgs 81/08.
- Mantenimento di "INFORMO", per l'analisi degli infortuni gravi e mortali.
- Mantenimento del sistema per la rilevazione dei casi di sospetta neoplasia professionale già attivi (mesoteliomi e tumori naso-sinusali) e attivazione di un sistema di rilevazione di neoplasie a più bassa frazione eziologica.
- Attivazione della rilevazione delle malattie professionali attraverso MALPROF.
- Attivazione della registrazione informatizzata degli esposti ad agenti cancerogeni.
- Utilizzo delle informazioni derivanti dalle comunicazioni ex art. 40 DLgs 81/08, relative all'attività di sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti.

OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- 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 (MO 7)

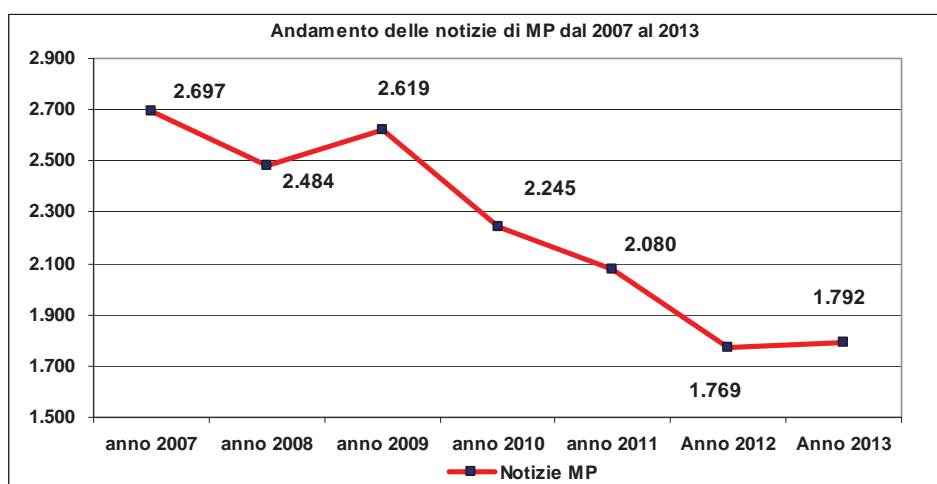
## 12. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali. Emergenza del fenomeno tecnopatico

Secondo i dati più recenti di fonte INAIL in Piemonte le denunce di malattia professionale presentano negli ultimi anni un andamento in lieve decremento, come evidenziato dalla tabella.

Tale fenomeno è ancora più evidente se si considerano le segnalazioni pervenute agli SPReSAL negli ultimi cinque anni (v. figura).

I dati piemontesi sono in controtendenza rispetto ai dati nazionali che vedono un raddoppio delle malattie professionali nello stesso periodo di osservazione. Ciò dimostra la necessità di approfondire le cause di tale andamento, in particolare il ruolo della sottototifica.

| MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE |              |              |              |              |              |              |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                   | 2007         | 2008         | 2009         | 2010         | 2011         | 2012         |
| Torino                            | 1.259        | 1.251        | 1.170        | 1.041        | 1.091        | 1.170        |
| Vercelli                          | 92           | 73           | 110          | 90           | 91           | 110          |
| Novara                            | 109          | 116          | 105          | 98           | 154          | 116          |
| Cuneo                             | 246          | 284          | 361          | 386          | 395          | 358          |
| Asti                              | 104          | 104          | 103          | 135          | 115          | 161          |
| Alessandria                       | 159          | 152          | 173          | 194          | 185          | 231          |
| Biella                            | 39           | 40           | 51           | 40           | 39           | 35           |
| Verbano-Cusio-Ossola              | 51           | 45           | 51           | 61           | 57           | 52           |
| <b>Piemonte</b>                   | <b>2.059</b> | <b>2.065</b> | <b>2.124</b> | <b>2.045</b> | <b>2.127</b> | <b>1.958</b> |



OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP (MO 7)

### **13. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali.**

#### **Rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico sociale e tecnico scientifico**

Il contrasto agli infortuni e alle patologie lavoro correlate non può avvenire solo attraverso l'utilizzo di strumenti di controllo, ma anche attraverso la promozione ed il sostegno a tutte le figure previste dal DLgs 81/08 (datori di lavoro, RSPP, RLS, RLST, lavoratori ecc.) e parti sociali.

In tale contesto è fondamentale intensificare le iniziative in tema di responsabilità sociale quale strumento di diffusione di comportamenti virtuosi e di buone prassi.

In tal senso, centrale dovrà essere il ruolo assunto dal Comitato Regionale di Coordinamento (previsto all'art. 7 del DLgs 81/08) come momento di sintesi dei vari interessi e di condivisione e monitoraggio delle azioni strategiche nei singoli territori.

Fondamentale sarà la strutturazione di protocolli d'intesa tra le pubbliche amministrazioni, ad esempio tra Regione, Direzione Regionale del Lavoro, Direzione Regionale INAIL.

#### **OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:**

- Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità (MO 7)
- Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale (MO 7)
- Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende (MO 7)

## **14. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali.**

### **Miglioramento della efficacia delle attività di controllo e della compliance da parte dei destinatari delle norme**

Considerando i dati più recenti sull'andamento infortunistico, a fronte di una generale riduzione del fenomeno, permangono importanti criticità in specifici settori produttivi. Se si analizzano i soli infortuni gravi, i settori delle costruzioni e dell'agricoltura rappresentano ancora i comparti a maggior rischio (rispettivamente il 14% e il 12% sul totale degli eventi). Pertanto, verranno mantenute le specifiche attività previste dai Piani nazionali già avviati negli anni precedenti.

Per quanto riguarda l'attivazione di programmi integrati di controllo e di promozione della salute, particolare attenzione verrà posta alla prevenzione delle neoplasie professionali e delle patologie muscolo-scheletriche e dello stress lavoro-correlato.

Per realizzare questi programmi verrà rafforzata la vigilanza coordinata con le altre istituzioni presenti nell'ufficio operativo di vigilanza (UO).

Il miglioramento dell'efficacia dell'attività di vigilanza verrà perseguita anche attraverso:

- definizione di standard di risorse (personale, attrezzature ecc.), in funzione degli obiettivi;
- elaborazione di linee guida operative;
- formazione permanente del personale.

Occorrerà, infine, promuovere strategie di intervento innovative che pongano al centro la responsabilità sociale delle aziende e la loro capacità di autovalutazione.

#### **OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:**

- 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 (MO 7)
- Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit (MO 7)

## 15. Ambiente e salute: attività generali

Obiiettivo generale di questo programma è ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute tramite l'implementazione di strumenti che facilitino l'integrazione tra istituzioni ed enti che si occupano di ambiente e salute al fine di supportare le Amministrazioni nella valutazione degli impatti sulla salute.

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 di maggiori strumenti di integrazione e collaborazione, ed in particolare di un sistema di conoscenze multidisciplinari integrate, che consenta lo studio dell'intero ciclo di esposizione in un territorio (caratterizzazione della fonte, pericolosità degli agenti, trasmissibilità attraverso i media ambientali, valutazione del rischio e dell'impatto sull'ambiente e sulla salute), che deve prevedere come base un potenziamento della sorveglianza epidemiologica ambientale e delle metodologie di stima. Vi è la necessità di una sinergia efficace ed ordinaria tra gli operatori sanitari e quelli dell'ambiente.

Non esistono stime corrette di esposizione e di impatto sulla salute nella nostra Regione per gran parte delle esposizioni ambientali agli inquinanti in aria, acqua, suoli ed agli agenti fisici, nonché legati ai cambiamenti climatici: questa lacuna di conoscenze andrebbe colmata con un piano di sorveglianza epidemiologica ambientale.

Le modifiche dell'ambiente determinate inoltre dalla realizzazione di un progetto, piano o programma sono valutate nelle procedure di VIA, VAS, AIA, per le quali è ancora scarsamente attuata una Valutazione dell'Impatto sulla salute (VIS) per la cui attuazione è necessaria la messa a punto di linee guida e di strumenti metodologici sia per i proponenti sia per i valutatori, della diffusione di buone pratiche e definizione del riparto di competenza tra operatori dell'ambiente e della salute.

Per le stime dell'esposizione e dell'impatto dei fattori inquinanti le esperienze di biomonitoraggio (in campo umano e animale) compiute nel quadriennio di vigenza del precedente PRP hanno confermato la potenzialità di questo strumento nel completare il quadro delle conoscenze con analoghe esperienze di monitoraggio ambientale, che andrebbero proseguite. Tale approccio, dove implementato con attenzione e rigore, ha evidenziato la necessità di stabilire relazioni interistituzionali tra ASL, ARPA e IZS che necessitano di essere formalizzate e stabilizzate con definizione degli ambiti di competenza degli operatori.

Nel precedente PRP erano state avviate infine esperienze di formazione congiunta degli operatori sull'impatto dei fattori di rischio ambientali che necessitano di essere ampliate, consolidate ed allargate ai MMG e ai PLS con un Piano di Comunicazione pluriennale sistematico ed efficace, in linea con linee guida nazionali.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche" (MO 8)
- Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:
  - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione
  - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica (MO 8)
- Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali (MO 8)
- Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti (MO 8)
- 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 (MO 8)
- Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico (MO 8)

## 16. Ambiente e salute: rischio chimico

Obiettivo generale di questo programma è ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute tramite l'adozione di interventi per la prevenzione e la riduzione delle esposizioni in un'ottica di appropriatezza e di sostenibilità delle azioni.

Il Regolamento CE n. 1907/2006 (REACH) ha l'obiettivo di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente attraverso il miglioramento della conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici. Il regolamento CE n. 1272/2008 (CLP) è una revisione ed un aggiornamento del sistema di classificazione ed etichettatura dei prodotti chimici, finora basato sulle direttive 67/548/CEE sulle sostanze pericolose e 1999/45/CE sui preparati pericolosi; il Regolamento CLP riguarda sia le sostanze chimiche sia le miscele (inclusi i biocidi) e introduce cambiamenti di rilievo per i fabbricanti, gli importatori e gli utilizzatori a valle, relativamente alla classificazione di sostanze e miscele e le conseguenti riformulazioni delle etichette di pericolo e aggiornamento delle Schede Dati di Sicurezza.

Alla Regione compete la gestione dei programmi di controllo e la definizione delle attività di vigilanza.

L'agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza nei luoghi di lavoro, inoltre, identifica l'esposizione ad agenti chimici fra i primi quattro fattori di rischio in grado di determinare danni alla salute dei lavoratori. Stime del 2009 evidenziano come circa il 15% dei lavoratori nell'Europa dei 27 manipoli agenti chimici e circa il 19% sia esposto a polveri, fumi, aerosol, gas contenenti agenti chimici durante lo svolgimento dei propri compiti lavorativi. Sempre nello stesso anno è stato stimato che in Europa sono deceduti circa 74.000 lavoratori a causa dell'esposizione ad agenti chimici, circa dieci volte di più dei morti che si verificano ogni anno in Europa per infortuni. Il DLgs 81/08 impone al datore di lavoro di effettuare la valutazione dei rischi e l'eventuale individuazione e predisposizione delle misure di prevenzione.

È rilevante in questo campo l'attuazione di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi interessati al controllo delle sostanze chimiche, l'implementazione di attività di analisi e valutazione di problematiche connesse ai rischi da agenti chimici, cancerogeni e mutageni negli ambienti di lavoro e l'attività di vigilanza su produzione, importazione e commercializzazione di cosmetici.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- 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 (MO 8)
- Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche (MO 8)
- Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP (MO 7)



## 17. Ambiente e salute: rischio di esposizione ad amianto

In Piemonte, la presenza di una cava di asbesto a Balangero (TO), dell'industria Eternit a Casale Monferrato che produceva manufatti contenenti amianto e di altre industrie, che utilizzavano tale minerale, ha determinato notevoli ricadute sanitarie, come si rileva dai dati epidemiologici, i quali mostrano che il 18% dei casi di mesotelioma maligno (MM) notificati in Italia è segnalato al Registro Nazionale Mesoteliomi dalla nostra Regione, in cui si riscontra il numero più elevato di soggetti affetti da MM della penisola.

L'incidenza di tale patologia è estremamente elevata nell'area casalese, in cui i tassi di incidenza standardizzati per 100.000 per anno, nel periodo 1990-2010, nel Comune di Casale Monferrato, sono stati pari a 52,4 per gli uomini e 28,6 per le donne, e nell'ambito del Distretto Sanitario sono stati pari a 29,7 per gli uomini e 15,9 per le donne. Per confronto, i tassi di incidenza nella popolazione piemontese, nello stesso periodo, sono di 3/100.000 per gli uomini e di 1,3/100.000 per le donne (dati CPO Torino).

Per tali motivi la Regione Piemonte intende proseguire nelle attività di contrasto al rischio amianto definendo un nuovo strumento pianificatorio finalizzato a garantire, tra gli altri, interventi per la realizzazione/aggiornamento del registro dei soggetti ex esposti ad amianto, attività di formazione degli operatori delle ASL, dei tecnici professionisti, degli addetti e dei responsabili per le attività di rimozione, bonifica e smaltimento dell'amianto, modalità operative per l'informazione della popolazione sui rischi da esposizione a fibre di asbesto e sulle misure da adottarsi per mitigare tali rischi nonché la definizione degli standard minimi quali-quantitativi da assicurare relativamente alle attività di verifica sui manufatti contenenti amianto presenti sul territorio regionale e di vigilanza sugli interventi di bonifica dei materiali contenenti amianto da parte delle ASL.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione (MO 8)

## 18. Ambiente e salute: rischio fisico

Obiettivo generale di questo programma è ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute tramite l'adozione di interventi per la prevenzione e la riduzione delle esposizioni in un'ottica di appropriatezza e di sostenibilità delle azioni.

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. 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.). 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, la gestione del rischio, la promozione di buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione e/o ristrutturazione degli edifici con formazione dei professionisti nel campo; importante è la formulazione di linee guida per orientare in chiave eco-compatibile i regolamenti edilizi comunali.

Sull'uso della telefonia cellulare va rilevato come le conoscenze sui rischi per la salute sono ancora limitate ed incerte, a fronte dell'uso esteso della tecnologia nella popolazione e della classificazione OMS dei campi elettromagnetici come "possibili cancerogeni", il che suggerisce la necessità di campagne informative sull'uso della telefonia cellulare rivolte a un uso più consapevole con un minor numero di chiamate, una diminuzione della durata delle chiamate, e soprattutto con la promozione dell'utilizzo secondo modalità *hands-free* ovvero tramite dispositivi o auricolari. In particolare i giovani al di sotto dei 14 anni, per le caratteristiche possedute di crescita ed evoluzione dei tessuti, possono essere considerati particolarmente sensibili ad eventuali rischi e necessitano di campagne di informazione mirata.

L'esposizione eccessiva a radiazioni UV è stata riconosciuta come causa di problemi per la salute pubblica, data la crescente numerosità delle persone che vi si espongono, a scopo estetico; diversi studi epidemiologici hanno confermato il nesso causale tra l'aumentato rischio di tumori della pelle (melanoma e non melanoma) e l'esposizione a radiazioni UV, classificate come cancerogeni certi da parte dell'OMS. In Italia, con il Decreto n. 110/2011, emanato dal Ministero dello Sviluppo Economico di concerto con il Ministero della Salute, sono state fornite prescrizioni per l'utilizzo nei centri estetici delle apparecchiature per l'abbronzatura artificiale, introducendo il divieto d'uso per alcune categorie di utenti (minori di 18 anni, donne gravide, fototipi sensibili ecc.), cautele particolari nell'utilizzo e fissando i requisiti tecnici degli apparecchi con limiti di riferimento per le emissioni di RUV. Unitamente alle normative regionali già vigenti in Piemonte (DPGR n. 6/R del 7/4/2003), ciò costituisce una buona base di riferimento per proseguire un programma sistematico di vigilanza negli esercizi di estetica/solarium finalizzato alla riduzione del rischio specifico attraverso un'azione sugli esercenti e, di riflesso, sui produttori di apparecchiature abbronzanti, che va integrato con attività di formazione ed educazione alla salute.

Per l'esposizione agli UV occorre quindi garantire la prosecuzione dei controlli sinora svolti attraverso attività di vigilanza già consolidate e programmate tenendo conto delle esigenze locali e delle indicazioni specifiche formulate in sede di coordinamento regionale; occorre realizzare un programma di attività condiviso con ARPA Piemonte, finalizzato alla misurazione dei livelli di radiazioni UV effettivamente emessi dagli apparecchi abbronzanti presenti nei centri estetici del territorio piemontese e va proseguita l'attività formativa/informativa rivolta alla popolazione generale con avvio di iniziative specificamente indirizzate alla popolazione giovanile.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione e/o ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon (MO 8)
- Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare (MO 8)
- Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani ed i giovanissimi ed i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV (MO 8)

## 19. Mantenimento e consolidamento delle azioni regionali finalizzate alla prevenzione delle malattie infettive

Il Piemonte pianifica e realizza, da anni, azioni finalizzate alla prevenzione delle malattie infettive, sia nella comunità che nelle strutture sanitarie.

Nonostante la lunga tradizione e i risultati conseguiti è ancora necessario dotarsi uno specifico programma che indichi in modo puntuale le azioni necessarie per mantenere e consolidare queste attività di prevenzione. Le difficoltà organizzative conseguenti alle ristrettezze economiche e l'emergere di nuovi problemi richiede di riconsiderare le priorità di intervento e di adattare le organizzazioni al mutato contesto. Saranno indicati in questo programma:

- i piani di miglioramento della tempestività e della completezza della sorveglianza delle principali malattie infettive;
- il completamento e il potenziamento dei sistemi informativi sia per la sorveglianza che per il controllo (sorveglianze speciali, anagrafi vaccinali);
- l'automazione delle segnalazioni (medici di medicina generale, reparti ospedalieri, Direzioni mediche, Upri, ecc.);
- i piani di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse e dell'HIV;
- i piani di prevenzione delle Tb;
- i programmi di prevenzione delle malattie infettive nella pratica clinica;
- le azioni di monitoraggio e sostegno all'uso degli antibiotici;
- in sistema regionale di indicatori per il monitoraggio delle azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere;
- l'aggiornamento del piano regionale per le emergenze infettive;
- l'audit dei servizi vaccinali;
- le azioni di comunicazione e informazione alla popolazione.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie (MO 9)
- Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi anche mediante sistemi di allerta precoce (MO 9)
- Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive in modo interoperabile (MO 9)
- Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte di operatori sanitari (MO 9)
- Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (MO 9)
- Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (MO 9)
- Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (MO 9)
- Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione (MO 9)
- Predisporre piani nazionali condivisi tra i diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (MO 9)
- Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (MO 9)
- Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (MO 9)

## 20. Sviluppo di azioni innovative per la prevenzione delle malattie infettive

Nella nostra regione, nonostante le numerose esperienze realizzate, permangono ampi spazi di lavoro per il miglioramento e l'innovazione degli interventi di prevenzione delle malattie infettive.

Per avviare tali sviluppi e concentrare così le limitate risorse che si renderanno disponibili negli anni di vigenza del PRP è opportuno prevedere uno specifico programma.

Entreranno in questo programma:

- gli interventi innovativi che non vantano precedenti in campo regionale:
  - monitoraggio regionale del consumo di antibiotici;
  - promozione della consapevolezza sull'uso degli antibiotici;
  - la comunicazione vaccinale tramite social network;
  - il sistema di allerta tramite la sorveglianza degli eventi (sistema ISS);
- gli interventi di prevenzione che, pur se già presenti in altri ambiti del PRP, richiedono di essere tra loro integrati per diventare veri e propri piani organici di prevenzione:
  - la lotta all'antibioticoresistenza (sorveglianza umana e veterinaria, monitoraggio dei consumi, informazione e comunicazione, sostegno all'uso appropriato, ecc.);
  - la sorveglianza integrata (entomologica, umana e animale) delle malattie trasmesse da vettori e delle malattie trasmesse da alimenti;
  - la sorveglianza delle infezioni ospedaliere realizzando un sistema regionale di sorveglianza unitario, esteso a tutte le strutture sanitarie integrato con la sorveglianza delle infezioni comunitarie;
- gli interventi esistenti che richiedono di essere completati con azioni di sistema:
  - l'integrazione della sorveglianza delle carbapenemasi e delle altre antibioticoresistenze con primi interventi di controllo dei pazienti ricoverati nelle strutture piemontesi.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi anche mediante sistemi di allerta precoce (MO 9)
- Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione (MO 9)
- Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (MO 9)
- Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale (MO 9)
- Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso di antibiotici (MO 9)
- Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (MO 9)

## 21. Controllo degli agenti patogeni, dei contaminanti, dei residui di sostanze pericolose che possono entrare nella catena alimentare e arrecare danni alla salute umana

I contesti nazionale ed internazionale sono andati trasformandosi nel recente periodo determinando l'emergere di nuove problematiche per la sicurezza alimentare. I principali cambiamenti di scenario nella sicurezza alimentare sono così sintetizzabili:

- emanazione di nuove norme a livello europeo;
- cambiamenti del contesto normativo nazionale (trasparenza, semplificazione, sanzioni, ecc.);
- progressivo invecchiamento degli addetti e probabile riduzione delle risorse umane ed economiche destinabili all'effettuazione dei controlli ufficiali;
- cambiamenti nei comportamenti e nelle scelte dei consumatori e delle imprese legati al contesto socio-economico;
- impatto sulle produzioni agroalimentari dei cambiamenti climatici e della progressiva riduzione della superficie coltivabile;
- impatto delle contaminazioni ambientali sulle filiere agro-alimentari;
- aumento delle pressioni commerciali sul made in Italy legate alla revisione degli accordi internazionali sul commercio.

Sulla base dei risultati dei programmi precedenti (PRP, PRISA) e delle indicazioni sul grado di esposizione dei cittadini piemontesi ai diversi possibili rischi collegati all'assunzione di alimenti, sono delineate le linee strategiche di intervento:

- predisposizione di programmi di controllo ufficiale in ottemperanza al quadro normativo e, ove possibile, basati sui dati ottenuti dalle valutazioni del rischio e di appropriatezza comprendenti:
  - la definizione di specifici piani di controllo finalizzati alla gestione dei diversi fattori di rischio;
  - l'aggiornamento e mantenimento delle anagrafi delle imprese alimentari;
  - l'aggiornamento ed il completamento delle procedure per le allerte, le emergenze e le crisi nel campo della sicurezza alimentare;
  - la razionalizzazione ed il mantenimento della capacità operativa, a supporto delle autorità competenti, della rete di laboratori pubblici;
  - il completamento ed il potenziamento dei sistemi informativi per la raccolta e l'elaborazione dei dati;
  - la pianificazione di interventi finalizzati ad orientare le attività delle micro e piccole imprese verso il rispetto della normativa e l'effettivo controllo dei fattori di rischio;
- analisi dei bisogni formativi e predisposizione di percorsi di formazione ed aggiornamento;
- valutazione dell'efficacia del sistema dei controlli ufficiali anche mediante protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e programmi di verifica basati sullo strumento dell'audit del sistema dei controlli;
- miglioramento dei piani di sorveglianza integrata uomo/alimenti delle malattie trasmesse da alimenti;
- definizione di strategie di informazione e comunicazione per la popolazione integrate con altri settori della sanità pubblica.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti (MO 10)
- Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare (MO 10)
- Completare i sistemi anagrafici imprese alimentari \* (MO 10)
- Gestire le emergenze epidemiche veterinarie e non e gli eventi straordinari (MO 10)
- Assicurare un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici (MO 10)
- Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale (MO 10)
- Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004 (MO 10)

## 22. Prevenzione e gestione delle malattie animali e zoonosi

La nuova programmazione prevista dal PNP consentirà a livello regionale di affrontare, in modo integrato con altri ambiti del PRP, le seguenti tematiche:

- la predisposizione di programmi di controllo ufficiale in ottemperanza al quadro normativo ma, ove possibile, basati sui dati ottenuti dalle valutazioni del rischio e di appropriatezza comprendenti:
  - la definizione di specifici piani di controllo finalizzati alla gestione dei diversi fattori di rischio tra i quali la lotta all'antibioticoresistenza (sorveglianza umana e veterinaria, monitoraggio dei consumi, informazione e comunicazione, sostegno all'uso appropriato, ecc.);
  - l'aggiornamento e mantenimento delle anagrafi zootecniche e dei sistemi di identificazione degli animali;
  - l'aggiornamento ed il completamento delle procedure per le emergenze legate ad evenienze epidemiche nel settore zootecnico;
  - la razionalizzazione ed il mantenimento della capacità operativa, a supporto delle autorità competenti, della rete di laboratori pubblici;
  - il completamento ed il potenziamento dei sistemi informativi per la raccolta e l'elaborazione dei dati;
  - la pianificazione di interventi finalizzati ad orientare le attività delle micro e piccole imprese di allevamento e di produzione di mangimi verso il rispetto della normativa e l'effettivo controllo dei fattori di rischio;
- l'analisi dei bisogni formativi e predisposizione di percorsi di formazione ed aggiornamento;
- la valutazione dell'efficacia del sistema dei controlli ufficiali anche mediante protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e programmi di verifica basati sullo strumento dell'audit dei settori di controllo;
- il miglioramento dei piani di sorveglianza integrata (entomologica, umana e animale) delle zoonosi (trasmissione diretta animale-uomo), delle malattie trasmesse da vettori.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura (MO 10)
- Gestire le emergenze epidemiche veterinarie e non e gli eventi straordinari (MO 10)
- Prevenire le malattie infettive e diffuse trasmissibili tramite vettori animali (MO 10)
- Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco (MO 10)
- Assicurare un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici (MO 10)
- Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore veterinario (MO 10)
- Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale (MO 10)
- Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004 (MO 10)

## 23. Prevenzione e controllo del randagismo e degli animali sinantropi anche mediante un corretto rapporto uomo animale

La nuova programmazione prevista dal PNP consentirà a livello regionale di affrontare, in modo integrato con altri ambiti del PRP, le seguenti tematiche:

- la predisposizione di programmi di controllo ufficiale in ottemperanza al quadro normativo ma, ove possibile, basati sui dati ottenuti dalle valutazioni del rischio e di appropriatezza comprendenti:
  - la definizione di specifici piani per la lotta all'antibioticoresistenza (sorveglianza umana e veterinaria, monitoraggio dei consumi, informazione e comunicazione, sostegno all'uso appropriato, ecc.) nel settore degli animali da compagnia;
  - l'aggiornamento e mantenimento delle anagrafi degli animali da compagnia per la lotta al randagismo, compresi i sistemi di identificazione degli animali;
  - il completamento ed il potenziamento dei sistemi informativi per la raccolta e l'elaborazione dei dati;
- il miglioramento dei piani di sorveglianza integrata delle zoonosi (trasmissione diretta animale-uomo);
- la definizione di strategie di informazione e comunicazione per la popolazione integrate con altri settori della sanità pubblica.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Prevenire le malattie infettive e diffuse trasmissibili tramite animali (MO 10)
- Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione ed i relativi controlli sui canili e rifugi (MO 10)
- Completare i sistemi anagrafici degli animali da affezione (MO 10)
- Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco (MO 10)
- Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza delle zoonosi (MO 10)

## 24. Promozione della sicurezza nutrizionale

Nella relazione alimentazione-salute oltre alle problematiche legate al rischio igienico sanitario degli alimenti sempre maggiore attenzione viene data ai rischi nutrizionali per il loro crescente impatto sulla salute della popolazione. Conoscenze e comportamenti individuali, insieme a fattori ambientali legati al radicale mutamento dell'offerta e della qualità nutrizionale delle produzioni alimentari, rappresentano i principali determinanti di rischio verso cui indirizzare azioni di sorveglianza e programmi di prevenzione. Garantire una corretta e completa informazione sulle caratteristiche, contenuti e proprietà degli alimenti rappresenta una condizione essenziale per migliorare la capacità di scelta dei consumatori e minimizzare il rischio allergie ed intolleranze in persone vulnerabili.

È pertanto necessario adottare strategie, da raccordare con altri ambiti del PRP ed in primo luogo con i programmi Guadagnare salute, orientate a:

- consolidare i sistemi di raccolta di informazioni e dati sullo stato nutrizionale della popolazione e sulle caratteristiche nutrizionali delle produzioni alimentari;
- migliorare la conoscenza e la capacità di gestione dei rischi nutrizionali da parte degli operatori del settore alimentare finalizzata al miglioramento della qualità dell'offerta alimentare;
- favorire la capacità di scelta dei consumatori mediante corrette forme di etichettatura e di informazione al consumatore;
- favorire accordi con imprese alimentari /Associazioni per il miglioramento della qualità nutrizionale mediante riformulazioni di prodotto;
- pianificare interventi finalizzati ad aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici o intolleranti;
- pianificare interventi finalizzati a ridurre i disordini da carenza iodica.

### OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici o intolleranti (MO 10)
- Ridurre i disordini da carenza iodica(MO 10)



## 25. Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano di prevenzione

Questo programma si propone di declinare a livello regionale le strategie previste dal capitolo “Accountability dell’organizzazione e sostenibilità della prevenzione” del PNP:

- a) rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci;
- b) implementare nuovi interventi più costo-efficaci;
- c) estendere a tutto il territorio un sistema informativo che sorvegli qualità e quantità delle azioni di promozione della salute, che sia in grado di selezionare e valorizzare le buone pratiche, di monitorare le attività e quantificarne il consumo di risorse;
- d) adeguare l’information technology e integrare i sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale;
- e) inserire/rafforzare gli indicatori di copertura dei principali interventi di popolazione e gli indicatori di risultato dei Direttori generali e della remunerazione di risultato dei professionisti;
- f) utilizzare gli strumenti di gestione e budgeting aziendali per aumentare l’efficienza nell’ottemperare agli adempimenti normativi;
- g) sviluppare il ruolo di steward della prevenzione a livello sia regionale sia di ASL nella relazione con i portatori di interesse non del sistema sanitario e con le altre strutturazioni organizzative del sistema sanitario.

Tali strategie saranno attuate nei seguenti ambiti di intervento:

- valorizzazione, sviluppo e utilizzo sistemi informativi funzionali al PRP;
- Evidence Based Prevention;
- revisione e implementazione del modello organizzativo funzionale al PRP, disciplina rapporto Regione-ASL;
- formazione;
- comunicazione;
- budgeting e sviluppo strumenti a supporto dell’individuazione delle priorità.