

Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2021, n. 16-4469

Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 ha definito e aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); in particolare, per il livello “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” ha individuato la missione di tutelare la salute della collettività e l’obiettivo generale di evitare l’insorgenza delle malattie;

l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome n. 127/CSR del 6 agosto 2020 approva il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 (PNP) e stabilisce i seguenti adempimenti in capo alle Regioni:

- entro il 31 dicembre 2020 il recepimento dell’Intesa con apposito atto, che preveda la condivisione e l’impegno all’adozione, nei PRP, della visione, dei principi, delle priorità e della struttura del PNP;
- entro il 31 maggio 2021 l’inserimento nella piattaforma web “I Piani regionali della prevenzione” delle informazioni relative alla pianificazione regionale, secondo il format previsto;
- a seguito di esame da parte del Ministero della Salute delle informazioni inserite in piattaforma, entro il 30 settembre 2021 l’adozione del PRP 2020-2025 con apposito provvedimento.

La Giunta regionale, con D.G.R. n. 12-2524 dell’11 dicembre 2020, ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione, di cui alla suddetta Intesa, del quale condivide integralmente la visione, i principi, le priorità e la struttura, che si impegna ad adottare e tradurre nel PRP 2020-2025, tra i quali in particolare:

- l’approccio *One Health*, che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell’essere umano, della natura e dell’ambiente;
- il principio della salute in tutte le politiche, che consente un approccio multidisciplinare e intersettoriale nell’affrontare i rischi per la salute;
- l’approccio *life-course*, con la previsione di interventi preventivi e protettivi sin dalle prime fasi di vita, integrato con l’approccio per *setting*, mirato ai contesti nei quali vivono individui e gruppi prioritari;
- l’equità nell’azione, nella consapevolezza che lo svantaggio sociale rappresenta un importante fattore di rischio per la salute e la qualità della vita;

la medesima deliberazione demanda alla Direzione Sanità e Welfare l’avvio dei lavori di elaborazione del PRP 2020-2025, su proposta e in collaborazione con il Coordinamento regionale della prevenzione di cui alla Determinazione Dirigenziale n. 120 del 18/02/2019, attraverso l’inserimento nella piattaforma web “I Piani regionali della prevenzione” delle informazioni relative alla pianificazione regionale.

Con Intesa Stato-Regioni n. 51/CSR del 5 maggio 2021 sono state rimodulate le tempistiche previste per l’inserimento nella piattaforma web delle informazioni relative alla pianificazione regionale, per l’esame da parte del Ministero della Salute della pianificazione regionale e per l’adozione da parte delle Regioni e Province autonome con apposito atto dei rispettivi Piani regionali della Prevenzione, sostituendole con le seguenti:

- entro il 31 agosto 2021 le Regioni e le Province autonome inseriscono nella PF le informazioni relative alla pianificazione regionale, secondo il format previsto;

- entro il 31 ottobre 2021 il Ministero esamina la pianificazione regionale, anche proponendo eventuali integrazioni alle Regioni e Province autonome;
- entro il 31 dicembre 2021, le Regioni e Province autonome adottano con apposito atto il PRP.

Il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 (allegato A all’Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6/08/2020) definisce al cap. 6 gli elementi del quadro logico in base al quale devono essere articolati i PRP e descrive il sistema di monitoraggio dei PRP stessi. In particolare:

- stabilisce che i PRP sono organizzati in Programmi, i quali devono, nel complesso, coprire tutti i Macro obiettivi e tutti gli obiettivi strategici del PNP;
- individua 10 “Programmi Predefiniti”, vincolanti per tutti i PRP e con caratteristiche, obiettivi e indicatori uguali per tutte le Regioni;
- prevede che le Regioni definiscano inoltre i “Programmi Liberi” per sviluppare gli obiettivi strategici non già coperti, o coperti solo in parte, dai Programmi Predefiniti;
- stabilisce che tanto i programmi Predefiniti quanto i Liberi debbano perseguire e monitorare obiettivi “trasversali” (relativi a intersectorialità, formazione, comunicazione, equità) e obiettivi “specifici” (di pertinenza del medesimo programma);
- il monitoraggio del PRP consiste nel documentare annualmente in piattaforma lo stato di avanzamento dei Programmi Predefiniti e Liberi attraverso la verifica del raggiungimento dei valori attesi degli indicatori relativi agli obiettivi “trasversali” e “specifici”.

L’art. 1 c. 8 stabilisce che per l’anno 2021 la valutazione finalizzata alla certificazione del PRP quale adempimento LEA ha esito positivo se la pianificazione regionale risponde ai criteri prefissati.

La medesima Intesa all’art. 1 c. 11 prevede che le Regioni e Province autonome convengono di confermare per gli anni 2020-2025, per la completa attuazione del PNP, come previsto dall’art. 4, c. 1 lett. e) dell’Intesa del 23/03/2005, la destinazione di 200 milioni di euro annui a valere sulle risorse che costituiscono il livello di finanziamento corrente al Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato per il periodo di riferimento.

La Regione Piemonte ha presentato il 10 giugno 2021 la prima bozza di Strategia Regionale per lo Sviluppo Sostenibile (SRSvS), in attuazione della Strategia nazionale e nel quadro degli obiettivi definiti dall’Agenda 2030 dell’Organizzazione delle Nazioni Unite; in particolare le macroaree strategiche MAS5 “Sostenere lo sviluppo e il benessere fisico e psicologico delle persone”, MAS6 “Ridurre discriminazioni, disuguaglianze e illegalità”, MAS7 “Affrontare i cambiamenti di domanda sanitaria: cronicità, fragilità, appropriatezza delle prestazioni, equità distributiva” sottolineano l’impegno della Regione Piemonte nel promuovere stili di vita sani, favorire l’inclusione e l’equità, potenziare l’integrazione dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari sul territorio.

La Missione 6 “Salute” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato il 13/07/2021 con Decisione di esecuzione del Consiglio dell’Unione Europea, alla missione M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” prevede la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l’approccio *One-Health*.

Preso atto che:

- in data 1 settembre 2021 è terminato l’inserimento del PRP 2020-2025 nella piattaforma web, elaborato su proposta e in collaborazione con il Coordinamento regionale della prevenzione;
- il PRP inserito e validato in piattaforma risponde ai requisiti del quadro logico e ai criteri del sistema di monitoraggio definiti al cap. 6 del PNP 2020-2025 allegato A all’Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6/08/2020. In particolare, accanto ai 10 Programmi Predefiniti del PNP sono previsti 6 ulteriori Programmi Liberi i quali concorrono, complessivamente, a coprire tutti i Macro obiettivi e tutti gli obiettivi strategici del PNP;
- in data 20 ottobre 2021 si è svolta l’interlocuzione con il Ministero della Salute, il quale ha formulato osservazioni e richieste di integrazione;

- conseguentemente, i contenuti in piattaforma sono stati modificati e integrati al fine di recepire le osservazioni formulate e la pianificazione così modificata è stata validata nella piattaforma stessa.

Considerato che:

il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che caratterizza il PNP 2020-2025 rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza al LEA “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, contestualizzando programmi e relativi processi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute;

la complessità degli obiettivi posti dal PNP 2020-2025 e l’approccio intersettoriale che caratterizza trasversalmente tutte le azioni di prevenzione e promozione della salute del PRP richiedono una adeguata articolazione organizzativa che sostenga la messa in atto di tali azioni a livello regionale e delle Aziende Sanitarie Locali;

per concretizzare i principi *One Health* e “La salute in tutte le politiche” nelle azioni previste dal PRP è necessaria una collaborazione intersettoriale, con la partecipazione anche di settori diversi da quello sanitario, che potrà esplicarsi attraverso la costituzione di gruppi di lavoro regionali interdirezionali;

inoltre la Bozza dell’Accordo di Partenariato del 27/09/2021 relativo alla Programmazione della Politica di Coesione 2021-2027, redatta a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri e attualmente in discussione, prevede tra le condizioni abilitanti, al punto 4.6 “Quadro politico strategico per la sanità e l’assistenza di lunga durata”, l’approvazione entro il 31/12/2021 dei Piani Regionali di Prevenzione.

Ritenuto necessario procedere all’approvazione del Piano regionale di Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell’11/12/2020 (allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento), quale atto finalizzato alla certificazione adempimenti LEA per l’anno 2021.

Ritenuto, altresì, necessario approvare il modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione (allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento).

Ritenuto necessario demandare alla Direzione Sanità e Welfare, in collaborazione con il Coordinamento regionale della prevenzione, l’adozione degli atti di attuazione del PRP, per ciascuna annualità, che individuano le necessarie attività da realizzare a livello regionale e delle Aziende Sanitarie Regionali per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel PRP.

Ritenuto necessario, infine, prevedere che le Aziende Sanitarie Locali approvino annualmente il Piano Locale di Prevenzione, quale strumento aziendale di programmazione integrata delle attività di prevenzione e promozione della salute sul territorio, in coerenza con il Piano regionale, dandone comunicazione al Settore regionale competente, e producano una relazione sull’attività svolta nell’anno precedente, per ciascuna delle annualità.

Vista la Legge 27/12/1996 n. 662 e successive integrazioni;

Vista l’Intesa Stato-Regioni n. 2271 del 23/03/2005;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017;

Vista l’Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6/08/2020;

Vista l’Intesa Stato-Regioni n. 51/CSR del 5 maggio 2021;

Vista la D.G.R. n. 12-2524 dell’11 dicembre 2020;

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico della Regione Piemonte, in quanto gli oneri derivanti dall'attuazione dei programmi previsti dal PRP sono a carico delle Aziende Sanitarie Regionali, che vi fanno fronte con le risorse annualmente assegnate in sede di riparto del fondo sanitario regionale (FSR) e di quelle a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, c. 34 della Legge 27/12/1996 n. 662 e successive integrazioni.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17/10/2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14 giugno 2021.

Tutto ciò premesso;
la Giunta Regionale, all'unanimità,

delibera

per le motivazioni indicate in premessa:

- di approvare il Piano regionale di Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11/12/2020 (allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento);
- di approvare il modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione (allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento);
- di demandare alla Direzione regionale Sanità e Welfare la formulazione di proposte per la costituzione di gruppi di lavoro interdirezionali;
- di demandare alla Direzione regionale Sanità e Welfare l'adozione degli atti di attuazione del PRP per ciascuna annualità;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali approvino annualmente il Piano Locale di Prevenzione, in coerenza con il Piano regionale, dandone comunicazione al Settore regionale competente, e producano una relazione sull'attività svolta nell'anno precedente, per ciascuna annualità;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico della Regione Piemonte, in quanto gli oneri derivanti dall'attuazione dei programmi previsti dal PRP sono a carico delle Aziende Sanitarie Regionali, che vi fanno fronte con le risorse annualmente assegnate in sede di riparto del fondo sanitario regionale (FSR) e di quelle a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, c. 34 della Legge 27/12/1996 n. 662 e successive integrazioni.

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



Allegato A

Regione Piemonte

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2020-2025



INDICE

CAPITOLO 1 Quadro generale del PRP.....	6
1.1 Presentazione del PRP.....	6
1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità e Analisi di contesto.....	8
CAPITOLO 2 Struttura del PRP.....	14
2.1 Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP.....	14
2.2 Tabella Azioni per programma.....	15
CAPITOLO 3 Programmi Predefiniti	18
3.1 PP01 - Scuole che promuovono Salute.....	18
3.2 PP02 Comunità attive.....	41
3.3 PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute.....	62
3.4 PP04 Dipendenze.....	82
3.5 PP05 Sicurezza negli ambienti di vita.....	106
3.6 PP06 Piano mirato di prevenzione.....	122
3.7 PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura.....	139
3.8 PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro.....	153
3.9 PP09 Ambiente, clima e salute.....	177
3.10 PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza.....	207
CAPITOLO 4 Programmi Liberi	228
4.1 PL11 Primi 1000 giorni.....	228
4.2 PL12 Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità.....	250
4.3 PL13 Alimenti e salute.....	270
4.4 PL14 Prevenzione delle malattie infettive.....	290
4.5 PL15 Screening oncologici.....	309
4.6 PL16 Governance del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025.....	332

CAPITOLO 1 Quadro generale del PRP

1.1 Presentazione del PRP

La Regione Piemonte, con DGR n. 12-2524 del 11/12/2020, ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6/08/2020) facendone propri la visione, i principi, le priorità e la struttura, con l'impegno ad adottarli e tradurli nel PRP 2020-2025. Nel contempo è stato avviato il percorso di pianificazione del PRP con l'avvio di gruppi di lavoro in parte sovrapponibili a quelli del precedente Piano, in parte nuovi. Tale percorso ha tentato di qualificarsi, laddove possibile, come partecipato e intersettoriale fin dalle prime mosse.

L'emergenza pandemica ha assorbito una parte consistente delle energie e risorse disponibili, mettendo in luce diversi aspetti di debolezza del sistema sanitario regionale; nonostante ciò, il Piemonte nel 2020 ha mantenuto un discreto livello di attività in relazione al PRP, come documentato nelle rendicontazioni locali che tutte le ASL hanno presentato (www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/risultati-dei-piani-locali-prevenzione-2020) e come testimoniano i caricamenti in banca dati ProSa. In quasi tutti i territori sono state messe in atto iniziative specifiche, spesso innovative, per supportare la gestione del Covid-19 e promuovere salute nei diversi contesti: scolastico, lavorativo, di comunità, sanitario. Alcune aree di attività sono invece state pesantemente sacrificate e non sempre è stato possibile dare risposte a bisogni di salute comunque presenti.

Proprio per mantenere la continuità degli interventi e riorientarli in funzione del PRP 2020-2025, anche nel 2021 è stata adottata la programmazione annuale del Piano regionale di prevenzione, identificando obiettivi prioritari, azioni regionali e locali, indicatori di monitoraggio e relativi standard sostenibili nella situazione condizionata dalla pandemia. Molta importanza è stata data alla creazione/preparazione di adeguate condizioni organizzative in grado di sostenere le azioni previste e i risultati attesi dal nuovo PNP. Nel frattempo è stata avviata la stesura del PRP 2020-2025: dopo le prime riunioni informali con i gruppi responsabili del precedente PRP e altri gruppi costituiti ad hoc, in occasione della riunione del Coordinamento regionale della prevenzione (gennaio 2021) è stata condivisa la scelta dei programmi liberi ed è stato dato mandato ai gruppi di lavoro di avviare l'analisi degli obiettivi PNP e dei risultati del PRP e dei PLP per definire obiettivi, strategie e azioni del nuovo Piano regionale 2020-2025, anche mediante un primo coinvolgimento degli stakeholder di riferimento; in seguito è stato definito un gruppo di lavoro per l'elaborazione del profilo di salute ed equità. Considerata la rilevanza del tema del contrasto delle disuguaglianze nel PNP, sono stati promossi momenti formativi regionali, in aggiunta a quelli offerti a livello nazionale, ed è stato costituito un gruppo HEA composto da operatori di supporto e referenti per ciascun programma PRP.

Il profilo di salute e di equità piemontese mostra che ci sono molte dimensioni di svantaggio sociale e di salute distribuite in modo eterogeneo nel territorio regionale, dando luogo ad una geografia che potrebbe essere usata per ripensare l'allocazione delle risorse e degli interventi dei programmi di prevenzione. Uno degli obiettivi strumentali del presente Piano è infatti la costruzione di un "indicatore composito di fabbisogno di prevenzione" per supportare i programmi nel riorientare gli interventi.

Nell'identificazione dei programmi liberi ci si è orientati verso scelte considerate sostenibili e promettenti nella realtà organizzativa piemontese. Sono stati quindi identificati 5 programmi liberi orientati ai setting e/o ai temi di salute ritenuti particolarmente rilevanti per la Regione Piemonte, quali la promozione della salute nei primi mille giorni, la prevenzione nel setting sanitario e nella cronicità, la correlazione tra alimenti e salute, gli screening oncologici, la prevenzione delle malattie infettive.

Il programma "Primi mille giorni" si pone in continuità con azioni già avviate nel precedente PRP, pur in assenza di un programma dedicato, e utilizza i risultati di indagini e sorveglianze che forniscono informazioni preziose per indirizzare gli interventi e razionalizzare gli sforzi; fin da subito sono stati coinvolti nei lavori diverse discipline (non solo mediche) e altri settori, quali il welfare, per costruire un approccio intersettoriale e partecipato.

Anche il programma dedicato al setting sanitario e alla cronicità si pone in continuità con il precedente PRP; in particolare, punta fortemente all'integrazione tra prevenzione e cronicità, nonché tra sanità e terzo settore, mettendo a sistema nel corso del periodo di vigenza del PRP lo strumento del counselling attraverso la formazione degli operatori.

Inizialmente incluso in questo programma, è poi stato estrapolato il programma dedicato agli screening oncologici, caratterizzato da obiettivi e procedure chiaramente definiti e un'organizzazione dedicata.

Il programma "Alimenti e salute" rispetto al PRP precedente si pone invece in un'ottica leggermente diversa, in quanto punta all'integrazione di aspetti legati alla sicurezza degli alimenti con quelli nutrizionali, con l'obiettivo di promuovere a vari livelli una dieta sana e sostenibile, attraverso la costruzione di collaborazioni intersettoriali con i soggetti che intervengono lungo tutta la filiera agroalimentare.

Infine resta alta l'attenzione al tema delle malattie infettive e alla gestione delle emergenze.

È previsto inoltre un programma libero "Governance regionale del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025" a supporto di tutto il PRP. La presenza di metodologie e azioni trasversali a tutti i programmi, monitorate con indicatori certificativi, richiede un coordinamento e monitoraggio strutturati. Inoltre, tutti i programmi liberi intersecano a vari livelli i programmi predefiniti, sia quelli orientati ai setting sia quelli rivolti a specifici temi di salute, e anche i programmi predefiniti presentano diversi punti di contatto. Per governare e supportare le intersezioni fra le diverse aree di attività e per monitorare le azioni trasversali, si conferma l'importanza della funzione di governance del PRP, già oggetto nel precedente Piano di un apposito programma, con particolare attenzione per:

- aspetti organizzativi: il raccordo tra il livello regionale (Coordinamento regionale della prevenzione - CORP, gruppi di coordinamento dei programmi, gruppi e strutture specialistiche e di supporto) e il livello locale (Coordinatori PLP delle Aziende sanitarie e gruppi locali di coordinamento PLP);
- monitoraggio e supporto generale del PRP: rendicontazione del Piano, anche attraverso appositi sistemi informativi (in particolare ProSa);
- monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze e supporto trasversale all'health equity audit (HEA) dei programmi;
- sorveglianze di popolazione: coordinamento dell'attuazione secondo i protocolli prestabiliti, utilizzo dei risultati nella pianificazione e nel monitoraggio PRP;
- formazione: analisi dei bisogni formativi a livello regionale e locale e garanzia di adeguati standard formativi in tutti i programmi;
- comunicazione: tutti i programmi prevedono piani, attività, interventi di comunicazione che dovranno essere inseriti in una cornice coerente e coordinata a livello regionale;
- anche l'intersectorialità, perseguita e praticata in tutti i programmi, richiede un solido supporto di governance affinché il mondo sanitario possa dialogare efficacemente con altri settori e la Regione Piemonte si ponga quale interlocutore unico nei confronti di altri soggetti istituzionali con il fine comune di tutelare e promuovere la salute, il benessere e lo sviluppo delle comunità.

1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità e Analisi di contesto

Sintesi del Profilo di salute ed equità

L'Italia è tra i Paesi al mondo con l'aspettativa di vita più elevata in entrambi i sessi. Il Piemonte presenta valori quasi identici a quelli nazionali. Nel 2019, un bambino nato in Piemonte poteva contare su un'attesa di vita di 80,8 anni, una bambina di 85,2.

Per quanto riguarda la mortalità generale, il tasso standardizzato per età è in costante riduzione, in entrambi i sessi, tanto in Piemonte quanto in Italia. La riduzione nei dieci anni di osservazione del tasso standardizzato di mortalità è molto marcata soprattutto nel genere maschile: meno 20% (in Italia meno 18%), mentre per le donne si è avuta una riduzione del 6% (in Italia 8%). In entrambi i sessi la mortalità per tumore è più alta della media nazionale, ma simile al valore del Nord Italia.

Malattie croniche

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 2010 e il 2018, per le malattie circolatorie il tasso standardizzato di mortalità si è ridotto di circa il 12% sia tra gli uomini sia tra le donne. Il secondo grande gruppo di cause, che costituisce un ulteriore terzo dei decessi (circa 14.000 all'anno), è rappresentato dalle neoplasie.

L'incidenza di tutti i tumori è stabile nel periodo per i maschi, mentre presenta un lieve aumento per le femmine, con variazioni nelle specifiche sedi: nei maschi sono in aumento i tumori della prostata sotto i 50 anni, mentre sono in costante diminuzione i tumori del polmone, per il declino dell'epidemia del fumo negli uomini. Nelle donne sono in aumento i tumori della mammella (anche per effetto della diagnosi precoce da screening), e i tumori del polmone, legati all'epidemia del fumo tra le donne. In entrambi i generi si registra una aumentata incidenza di melanomi, di tumori della tiroide, vie urinarie e pancreas.

A fronte della stabilità dell'incidenza, la progressiva diminuzione della mortalità per tumori testimonia del discreto successo del sistema di diagnosi e cura.

Anche la mortalità per malattie polmonari croniche (terza causa di morte dopo patologie dell'apparato circolatorio e tumori) si è progressivamente ridotta, pur con alcune oscillazioni, nel corso degli ultimi 30 anni. Nella seconda metà degli anni '10, tuttavia, si osserva una risalita dei tassi, che coinvolge tutte le regioni italiane. Il tasso piemontese, così come quello delle altre regioni del Nord Italia, è costantemente superiore a quello della media nazionale.

Nel caso della mortalità generale e per causa si osservano differenze sociali a sfavore dei gruppi più svantaggiati. I dati riportati dall'Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione indicano come, in Piemonte, il rischio di morte nella fascia di età 30-89 anni sia del 35% superiore tra gli uomini con basso titolo di studio, rispetto a quanti hanno una licenza superiore o laurea; nelle donne l'incremento di rischio tra persone con basso verso alto titolo di studio è del 19%. In entrambi i sessi, si tratta di un gradiente sociale sovrapponibile a quello medio italiano.

Considerando gli anni di vita persi, un indicatore che tiene conto della mortalità prematura, le differenze sociali si accrescono: gli uomini piemontesi con basso titolo di studio hanno un tasso di anni di vita persi superiore del 65% a quanti hanno un titolo di studio elevato; nelle donne, invece, la differenza è del 28%.

Non tutte le cause di morte presentano la stessa intensità nel gradiente sociale. Tra le più comuni patologie croniche le differenze maggiori si osservano nel caso della BPCO, per la quale il rischio di morte degli uomini con bassa scolarità è doppio rispetto a quello delle persone con alta scolarità, differenze che riflettono differenze nell'abitudine al fumo e a esposizioni professionali (le differenze nelle donne, tra le quali le esposizioni professionali a rischio sono molto meno frequenti, sono del 14%).

Negli uomini le differenze sociali minori si rilevano nel caso della cardiopatia ischemica (27% tra i due estremi), tra le donne nella BPCO.

Nelle donne è la mortalità per diabete a evidenziare le differenze maggiori (+89% tra i due estremi), chiamando in causa le differenze sociali nel sovrappeso (e obesità) e sedentarietà più accentuate nel sesso femminile rispetto agli uomini.

Oltre 350.000 piemontesi hanno almeno una fra queste cinque condizioni morbose croniche: cardiopatia ischemica, vasculopatia cerebrale, scompenso cardiaco, diabete, BPCO, quasi 80.000 ne hanno più di una e oltre 430.000, pari al 14% della popolazione, ne hanno una o più di una. Per tutte le cinque patologie prese in esame è evidente un gradiente sociale a sfavore dei soggetti con i livelli di istruzione più bassi. Le differenze maggiori riguardano il diabete e la broncopneumopatia cronica-ostruttiva le cui prevalenze, aggiustate per età, sono quasi due volte superiori nei soggetti con basso titolo di studio rispetto agli alti titoli di studio.

Differenze simili si osservano anche nel caso della multimorbidità: i soggetti con bassa scolarità rispetto ai soggetti con alta scolarità hanno una probabilità del 57% più alta di avere almeno una patologia e del 64% più elevata di averne più di una.

Incidenti domestici e stradali

Il Piemonte presenta tassi di mortalità da incidenti superiori al valore nazionale, differenza che si sta riducendo. Il 2020 ha rappresentato una ulteriore eccezione, causa lockdown da Covid-19, con una riduzione marcata della mobilità e conseguente riduzione sia della mortalità che degli accessi in PS associati a traumi da incidenti stradali (riduzione del 55% nel primo semestre 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019). Pedoni e motociclisti continuano a rappresentare in Piemonte le categorie di utenti della strada con i più alti indici di mortalità.

I tassi di occorrenza di incidenti domestici sono differenziali per fasce di età e genere; anche le modalità di accadimento acquistano peso differente in relazione alle fasce di età, ad esempio negli anziani le cadute rappresentano la causa di quasi la metà degli infortuni mortali occorsi in ambienti di vita; nei bambini acquistano rilievo gli annegamenti (¼ degli infortuni mortali in ambienti di vita); in adolescenti e giovani adulti risulta preponderante la proporzione di incidenti stradali, causa di oltre la metà degli infortuni mortali.

Il rischio di subire traumi risulta differenziale per livello socio-economico, risultando maggiore nei soggetti con minore livello di istruzione o residenti in aree più deprivate. Il gradiente sociale è evidente soprattutto nel genere maschile, per quanto riguarda i ricoveri per traumi nel loro complesso, ma per entrambi i generi analizzando gli incidenti stradali. Non sembrano rilevarsi gradienti sociali nell'incidenza di fratture del femore nella popolazione anziana. Riguardo la mortalità, il gradiente per livello di istruzione risulta meno marcato, e non evidente nel genere femminile.

Infortuni e malattie professionali

In Piemonte, il tasso complessivo di infortuni riconosciuti scende dal 2008 al 2018 da circa 32 per 1000 addetti a 20 per 1000 addetti, tenendosi costantemente al di sotto di quello italiano di 2-3 eventi per 1000 addetti. La discesa è più marcata nel settore delle costruzioni (da 33 eventi a meno di 17 eventi per 1000 addetti) che si mantiene durante tutto il periodo al di sotto del corrispondente tasso italiano di circa 5-6 eventi per 1000 addetti.

Il tasso di infortuni gravi nel totale dei comparti mostra un leggero decremento nel periodo considerato sia in Italia (da 6,9 eventi per 100 addetti nel 2008 a 5,2 per 1000 nel 2018), che in Piemonte (da 6 eventi per 1000 nel 2008 a 4,3 per 1000 nel 2018), dove si mantiene leggermente al di sotto di quello italiano. Anche nelle costruzioni si osserva in Piemonte una decrescita del tasso di infortuni gravi (da 8,6 eventi per 1000 addetti nel 2008 a 5,8 per 1000 nel 2018), simile a quella che si osserva in Italia, il cui tasso rimane però sempre superiore a quello del Piemonte.

Gli infortuni accaduti nel 2019 e riconosciuti dall'INAIL l'anno successivo sono stati 20578. Il 70% erano costituiti da infortuni con inabilità temporanea fino 40 giorni e il 7,8% da infortuni con inabilità temporanea oltre i 40 giorni, mentre quelli con postumi permanenti erano il 13% e quelli mortali l'1,7 per 1000.

Nel complesso dei settori produttivi, gli infortuni gravi costituiscono nel 2019 in Piemonte circa il 29% del totale degli infortuni, con una stima di 2-3 punti percentuali inferiore per il Piemonte rispetto all'Italia

in tutto il periodo 2009-2019. In Piemonte, dopo un modesto aumento della loro proporzione dal 2011 al 2015, si assiste ad una lieve riduzione nel periodo successivo, mentre in Italia la proporzione sale leggermente fino al 2018 (dal 21,9% nel 2009 al 23,7% nel 2018), per poi scendere di un punto percentuale nel 2019.

Per quanto riguarda le malattie professionali sono 482 quelle riconosciute dall'INAIL in Piemonte nel 2019. Nel periodo 2010-2019 si evidenzia un andamento altalenante, ma con modeste variazioni nel tempo, con un picco di denunce raggiunto nel 2014 e una successiva riduzione del 14% fino al 2019.

Tra le malattie professionali denunciate nel 2019 con informazione sul settore, il 41% proveniva dalla manifattura, il 16% dalle costruzioni, seguite dalla Sanità (8%), dal commercio (7,5%), dai trasporti (6,4%) e dal settore del noleggio e servizi alle imprese, con gli altri comparti che contribuivano ognuno con meno del 4%.

Oltre il 50% dei casi risulta costituito da malattie muscolo-scheletriche dovute all'esposizione a fattori ergonomici. I tumori costituiscono circa il 25% delle malattie professionali riconosciute, con una netta predominanza dei mesoteliomi, che costituiscono oltre la metà dei tumori professionali riconosciuti, dei tumori maligni dell'apparato respiratorio (29% dei tumori), in larga parte rappresentati da tumori del polmone, e di quelli dell'apparato urinario (13%).

Stili di vita ed esposizione a fattori di rischio comportamentali

Oltre la metà delle cause di morte più frequenti sono il risultato dei fattori di rischio: il fumo di tabacco, l'elevato consumo di alcol, la scarsa attività fisica, l'obesità, lo scarso consumo di frutta e verdura.

L'abitudine al fumo interessa circa un quarto dei piemontesi con un valore simile al dato nazionale (25%) ed un numero medio di 12 sigarette al giorno. La prevalenza dei fumatori è diminuita negli anni (23,6% di fumatori nel 2016) per poi aumentare nuovamente (25,4% nel 2019). Fumano di più gli uomini (29%) rispetto alle donne (20%), le persone con bassa scolarità e quelle con molte difficoltà economiche.

Il problema del consumo di alcol mette la regione Piemonte fra le regioni italiane con i consumi più alti. Il 64% degli intervistati PASSI, infatti, ha dichiarato di aver bevuto almeno una unità di alcol nell'ultimo mese (il valore nazionale è circa 56%). I valori significativamente più alti rispetto ai valori nazionali si registrano soprattutto fra i consumatori a rischio (20% in Piemonte rispetto al 17% del valore nazionale), i consumatori binge (11,5% in Piemonte vs 9% in Italia) e per il consumo abituale elevato (4% vs 2,8%). Sono gli uomini ad avere un consumo binge maggiore rispetto alle donne (16% degli uomini e circa 9% delle donne) e, mentre non risultano significative le differenze in base al livello di istruzione e alle difficoltà economiche, sono le generazioni più giovani a dichiarare un consumo binge più elevato: il 19% dei 18-24enni, il 17% dei 25-34enni contro l'11% dei 35-49enni e 8,5% dei 50-69enni.

In Piemonte, i dati della sorveglianza PASSI suggeriscono una prevalenza di sedentari in linea con il valore nazionale (32%). La sedentarietà è più frequente all'avanzare dell'età (25% fra i 18-34enni e 33% fra i 50-69enni), fra le donne (32%) e fra le persone con uno status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (43% delle persone con molte difficoltà economiche e 26% delle persone con qualche difficoltà) o basso livello di istruzione (40% delle persone con istruzione elementare, 36% con licenza media, 28,5% con istruzione media superiore e 22% con istruzione universitaria). Si stima che in Piemonte una persona su 3 sia in sovrappeso e quasi 1 su 10 obesa. Anche in Piemonte, l'essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con difficoltà economiche e fra le persone con un basso livello di istruzione.

Analisi di contesto

Il contesto: quadro demografico

La popolazione totale residente in Piemonte, al 31/12/2019, ammonta a 4.341.375 abitanti, di cui 2.109.314 maschi (48,6% del totale) e 2.232.061 femmine (51,4%), in riduzione rispetto al 2010, in cui la popolazione totale era di 4.457.335 abitanti, 2.158.445 maschi (48,4%) e 2.298.890 (51,6%).

La dinamica naturale della popolazione è dominata dal saldo negativo tra i nati e i morti, con un eccesso dei secondi rispetto ai primi. Il tasso di natalità, insufficiente a garantire il ricambio generazionale, mostra continue riduzioni: 6,4/1000 nel 2019, era 8,8 nel 2010 (il dato nazionale è 7/1000 nel 2019).

Il saldo naturale negativo sarebbe ancora maggiore se non fossero intervenuti fenomeni migratori ad attenuarne il valore. Nel complesso, la percentuale di popolazione straniera regolare residente in Piemonte tende, infatti, ad aumentare, costituendo nel 2019 il 9,7% della popolazione, laddove in tutta Italia è 8,5%; nel 2010 tali valori erano rispettivamente 8,5% e 7%.

Si rileva un costante aumento percentuale delle fasce di età più anziane: la popolazione over 65 rappresenta nel 2019 il 25,7% della popolazione totale (il dato nazionale è 23%); era 22,9 nel 2010. I “grandi anziani” (persone con più di 85 anni) passano in Piemonte nell’arco di dieci anni dal 3 al 4,2% (in Italia dal 2,7 al 3,6%). L’indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione con oltre 64 anni e quella con meno di 15), è in Piemonte nel 2019 pari a 208,6 (Italia: 175,7).

L’incremento dell’indice di invecchiamento regionale è attenuato dalla quota di immigrati dall’estero, appartenenti per lo più a fasce di età giovani.

L’indice di dipendenza, che stima la capacità delle fasce di età economicamente attive (15-64 anni) a mantenere le età inattive (0-14 anni e ≥ 65 anni) è in costante peggioramento (61,3 nel 2019 rispetto a 55,5 nel 2010), con aumento della popolazione inattiva e quindi del carico sociale.

La struttura delle famiglie continua a registrare un aumento di quelle composte da un solo elemento (i “single”), che rappresentano quasi il 40% delle famiglie piemontesi, così come aumenta progressivamente la quota di persone con più di 65 anni che vivono sole, sottolineando le crescenti difficoltà dei figli e del welfare di prendersene carico.

Il contesto: quadro socio-economico

In Piemonte, come nel resto d’Italia, cresce il livello di istruzione nella popolazione adulta: nel 2019, il 63,2% dei piemontesi tra i 25 e i 64 anni aveva conseguito almeno un titolo di studio di licenza media superiore.

Tuttavia, il tasso di disoccupazione rimane alto (nel 2019: 7,7% nella popolazione in età lavorativa; 26,9% nei giovani), stabilizzandosi e senza riuscire ad invertire il trend conseguente alla grave crisi economica del 2007-2009. A livello nazionale, i tassi di disoccupazione sono peraltro ancora più drammatici.

La situazione piemontese è preoccupante perché l’esperienza di perdita del lavoro in una società meno abituata alla disoccupazione può avere conseguenze sulla salute più severe di quelle che si osservano nelle comunità dove la disoccupazione è un’esperienza comune.

La struttura occupazionale continua a registrare un aumento della percentuale di occupati nel settore dei servizi, con lieve ma costante declino degli occupati nell’industria e nell’agricoltura.

Segnali negativi che si riflettono sulle condizioni economiche famigliari: aumenta la percentuale di famiglie in povertà relativa (dal 5,3% delle famiglie nel 2010 al 9,6% nel 2019). Sebbene la situazione piemontese rimanga migliore rispetto al valore nazionale, la percentuale di incremento di famiglie in povertà è maggiore.

L’impatto della pandemia, tra criticità e segnali di resilienza

Impatto economico: colpiti non solo i settori tradizionali

La pandemia ha causato in Piemonte nel 2020 un calo del Pil del 9,4%, paragonabile per intensità a quello della crisi finanziaria del 2007-2008 che aveva fatto registrare una contrazione del 10,4%. Le esportazioni si sono ridotte del 12,2 mentre gli investimenti e i consumi sono calati fortemente nella prima fase della pandemia, per poi riprendersi nella seconda parte dell’anno. I redditi delle famiglie appartenenti ai settori più colpiti si sono ridotti, mentre è aumentato il tasso di risparmio soprattutto nei nuclei con redditi più elevati. Le misure messe in atto, che hanno raggiunto un volume pari al 6,6% del Pil nel 2020 (a cui si aggiungono le misure adottate nella prima parte del 2021 pari al 4% del Pil) hanno almeno in parte compensato gli impatti negativi. In Piemonte la dinamica della produzione è risultata più

critica rispetto al livello nazionale, a causa della specializzazione manifatturiera regionale orientata verso produzioni particolarmente colpite quali il tessile-abbigliamento, l'automotive e la meccanica in generale; hanno invece mostrato una buona tenuta il sistema agrifood e il comparto chimico farmaceutico. Rispetto alla crisi del passato, inoltre, sono stati duramente danneggiati il commercio e soprattutto il turismo (con un dimezzamento di arrivi e presenze). I dati relativi all'occupazione in Piemonte nel 2020 restituiscono un quadro che non sembra ancora proporzionato agli effetti della pandemia. Infatti, il numero di occupati in Piemonte è diminuito solamente del 2,8%, a fronte di una contrazione del PIL regionale del 9,4%. La stretta occupazionale si è concentrata sui lavoratori indipendenti (-6,6% rispetto al 2019), in particolare nel commercio e nel comparto turistico-alberghiero; in quest'ultimo settore la contrazione degli addetti ha raggiunto il 14,4% e le nuove assunzioni si sono dimezzate. Più contenuto – almeno per ora – l'impatto sul lavoro dipendente (-1,6%), grazie agli ammortizzatori sociali e al prolungato blocco dei licenziamenti. Nel 2020 in Piemonte sono state finanziate oltre 213,5 milioni di ore di Cassa integrazione, contro i 13,8 milioni del 2019.

L'impatto del COVID-19 sui redditi delle famiglie piemontesi

Nel 2020 il reddito disponibile delle famiglie italiane, valutato a prezzi correnti, secondo le statistiche ufficiali (Istat e Banca d'Italia) è diminuito del 2,8 per cento, un calo inferiore a quello del prodotto nazionale: i trasferimenti dal governo hanno contribuito in maniera sensibile ad attutire l'impatto della crisi pandemica sulle famiglie, con un contributo dell'ordine dei 4 punti percentuali (il calo in assenza di interventi sarebbe stato quasi pari al 7%).

Un'ulteriore “frenata” demografica

A causa dell'incremento dei decessi, del calo delle nascite e della frenata delle migrazioni nel 2020 la popolazione piemontese si è ridotta di 38.000 unità; è come se fossero sparite due città come Saluzzo e Savigliano. La pandemia sta ribadendo quanto sia delicata la situazione demografica del Piemonte e come questa si intrecci con la precarizzazione del lavoro, la sotto-utilizzazione delle competenze, le diseguaglianze. Le difficoltà di inserimento lavorativo di giovani e donne portano meno natalità, creando squilibrio tra i gruppi di età: più persone mature e anziane e meno giovani. Finora le migrazioni hanno contrastato in parte questo disequilibrio. Il 24% dei *millennials* è di origine straniera. Però tra gli adolescenti di famiglie con svantaggi socioeconomici, spesso con cittadinanza straniera, uno su due non riesce a sviluppare competenze linguistiche e matematiche di base, una situazione che potrebbe essere peggiorata con le problematiche indotte dalla pandemia. Tra le “sfasature” del mercato del lavoro vi è anche quella delle persone in età matura e disoccupate da molto tempo che costituiscono la metà dei senza lavoro. Entro il 2030 il Piemonte potrebbe veder calare la popolazione in età lavorativa tra le 100mila e 180mila unità.

Sanità: sforzi straordinari e limiti evidenti

Per quanto negli ultimi anni il sistema sanitario del Piemonte, nonostante le restrizioni finanziarie, abbia garantito buoni livelli di assistenza, e riconoscendo l'immenso sacrificio e sforzo affrontato dal personale e dalle organizzazioni, la pandemia ne ha sottolineato gli aspetti di debolezza:

- la scarsità di risorse destinate ai servizi sul territorio, con personale insufficiente, mancanza di comunicazione tra i servizi, difficoltà nell'integrazione e nella continuità delle cure;
- strutture ospedaliere obsolete: in Piemonte il 27% degli ospedali pubblici non è più pienamente idoneo alle necessità attuali;
- un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- il calo del personale del 6% nell'ultimo decennio (superiore alla media nazionale del 4%), determinato soprattutto dalla diminuzione dei medici e degli infermieri;
- un parco tecnologico obsoleto con il 41% delle grandi apparecchiature installate nelle ASR di età superiore ai 10 anni e non più conformi ai criteri di adeguatezza tecnologica (le linee guida europee indicano un limite del 10%).

Il Covid-19 ha repentinamente richiesto l'adozione di nuove misure con uno sforzo straordinario di tutti gli attori coinvolti: l'istituzione delle USCA (Unità Speciali per la Continuità Assistenziale), la

trasformazione della geografia dei servizi ospedalieri, il massiccio reclutamento del personale sanitario e l'incremento delle tecnologie, la diffusione della digitalizzazione e dei servizi di telemedicina e l'imponente organizzazione della campagna di prevenzione e vaccinazione. La gestione dell'emergenza, inoltre, ha comportato effetti collaterali per la sospensione e la riorganizzazione di molte attività sanitarie non Covid; tra queste ricordiamo la rilevante riduzione dei volumi degli screening oncologici. Inoltre nei primi sei mesi del 2020 i ricoveri sono calati del 26% rispetto all'anno precedente e le visite si sono ridotte del 28%. Per quanto la pandemia abbia colpito di più gli anziani, le misure di lockdown e la mancanza di contatti tra pari hanno contribuito al peggioramento della salute mentale di alcune fasce di popolazione, in particolare di bambini e adolescenti, con l'aumento osservato dei disturbi post traumatici da stress e del comportamento alimentare. Particolarmente colpite quelle persone che presentavano elementi di svantaggio o emarginazione già prima dell'emergenza.

Logistica, mobilità, reti: strumenti di resilienza

Tra gli elementi di resilienza la logistica si è mostrata essenziale nel garantire, anche durante il lockdown, gli approvvigionamenti alimentari e farmaceutici e nella fase successiva ha consentito al tessuto produttivo la ripresa delle attività e dell'export. Nel complesso, il volume delle merci inviate all'estero nel 2020 si è ridotto dell'11,8% rispetto al 2019, mentre le importazioni si sono contratte dell'8,2%. Il sistema logistico piemontese, per via della forte connessione con il sistema portuale ligure, ha risentito della contrazione delle movimentazioni via mare (-14,2%). Il traffico di veicoli pesanti si è ridotto soprattutto nella prima fase della pandemia, mentre il trasporto ferroviario delle merci registra un moderato incremento. Vi è stata, inoltre, una crescita dell'e-commerce e, conseguentemente della city logistic come confermato anche dalla crescita del numero di imprese di servizi postali e corrieri e dai nuovi insediamenti di players logistici in aree periurbane. Nel corso della pandemia gli spostamenti dei cittadini sono cambiati in modo radicale ed inaspettato rispetto a quanto avveniva in precedenza, evidenziando:

- la contrazione soprattutto all'inizio della pandemia per le restrizioni e per un atteggiamento prudente dei piemontesi: secondo Apple mobility trend nel primo lockdown gli spostamenti si sono ridotti del 75% con mezzi motorizzati e del 73% a piedi, mentre nella seconda e terza ondata la riduzione è stata rispettivamente del 28% e del 24%;
- il maggior utilizzo dell'auto, conseguenza di un parziale abbandono dei mezzi di trasporto di massa (si stima una riduzione dell'uso dei mezzi pubblici del 43%);
- il mutamento delle destinazioni (sono aumentati gli spostamenti verso parchi e aree verdi);
- l'aumento di domanda e offerta di servizi di micromobilità.

Grazie alla disponibilità di reti, dispositivi e piattaforme digitali è stato possibile mantenere in attività molti lavoratori, proseguire, pur con molte criticità, le attività didattiche e sviluppare rapidamente nuovi servizi per contenere le difficoltà quotidiane imposte dalle misure di contenimento del virus. La transizione digitale nella vita quotidiana ha subito una brusca accelerazione: DAD e smart working entreranno stabilmente in quella "nuova normalità" che ci attende dopo la pandemia e l'e-commerce ha compiuto un ulteriore balzo. Negli ultimi anni la pubblica amministrazione ha sviluppato l'offerta di servizi digitali per i cittadini, tuttavia il livello di utilizzo è ancora modesto, sia per la relativa complicazione di alcuni di essi, sia per la scarsa propensione di parte della popolazione a farvi ricorso. La pandemia ha dato un impulso anche in questa direzione, ad esempio incrementando notevolmente l'utilizzo dello SPID, il cui numero di utenti è triplicato dal primo lockdown. Questa accelerazione, tuttavia, ha ulteriormente evidenziato il digital divide territoriale causato dalla carenza di connessioni internet adeguate nelle aree interne della regione e fatto emergere la difficoltà di alcuni gruppi sociali nel disporre di strumenti e competenze adeguate.

La versione estesa del "Profilo di salute ed equità della popolazione piemontese è disponibile in piattaforma <https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it> nella sezione dedicata.

CAPITOLO 2 Struttura del PRP

2.1 Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP

N.	TITOLO
PP01	Scuole che promuovono Salute
PP02	Comunità attive
PP03	Luoghi di lavoro che promuovono salute
PP04	Dipendenze
PP05	Sicurezza negli ambienti di vita
PP06	Piano mirato di prevenzione
PP07	Prevenzione in edilizia e agricoltura
PP08	Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
PP09	Ambiente, clima e salute
PP10	Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza
PL11	Primi 1000 giorni
PL12	Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità
PL13	Alimenti e salute
PL14	Prevenzione delle malattie infettive
PL15	Screening oncologici
PL16	Governance del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025

2.2 Tabella Azioni per programma

Programma	Azione
PP01	1.1 Consolidare l'alleanza scuola/sanità per le Scuole che promuovono Salute
	1.2 Costruire l'alleanza scuola/comunità per le Scuole che promuovono Salute
	1.3 Formazione congiunta per il supporto dell'alleanza scuola/sanità per le Scuole che promuovono Salute e governance delle azioni
	1.4 Aggiornare e sviluppare ProSa e la piattaforma rete SHE Piemonte
	1.5 Definire e aggiornare periodicamente un documento regionale di pratiche raccomandate
	1.6 Diffusione dei risultati raggiunti dall'alleanza scuola/sanità per le Scuole che promuovono Salute
	1.7 Introdurre le lenti dell'equità nei processi intersettoriali con MI-USR, comuni, enti e istituzioni, terzo settore
	1.8 Promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento all'alimentazione e all'attività fisica, per il contrasto di sovrappeso e obesità nei bambini
PP02	2.1 Verso una Rete per promuovere uno stile di vita attivo
	2.2 Percorsi informativi e formativi intersettoriali per promuovere uno stile di vita attivo
	2.3 Il counselling per promuovere uno stile di vita attivo
	2.4 Raccomandare l'attività fisica
	2.5 Gruppi di cammino
	2.6 Una mappa delle opportunità per la pratica dell'attività fisica e/o sportiva e per una mobilità attiva
	2.7 Agire sui territori con le lenti dell'equità
PP03	3.1 Sviluppare e promuovere la Rete WHP Piemonte: un gioco di squadra
	3.2 Formare per progettare e attuare interventi WHP
	3.3 Sviluppare e promuovere la Rete WHP Piemonte tra le piccole e micro imprese
	3.4 Promuoviamo la cultura della salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro
PP04	4.1 Intersection: condividere percorsi
	4.2 Tabagismo, abuso alcolico: formazione al counselling motivazionale breve
	4.3 Formazione EUPC
	4.4 Hub prevenzione integrata
	4.5 Attività di prevenzione per adolescenti e giovani adulti
	4.6 Esserci: Limitazione dei rischi/Riduzione del danno
	4.7 La comunicazione nella prevenzione delle dipendenze
	4.8 Equità e attività regolativa: impatto LR 9/2016 "Norme per la prevenzione e il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico"
PP05	5.1 Promozione della mobilità sostenibile
	5.2 Prevenzione degli incidenti domestici
	5.3 Prevenzione delle cadute in ambiente domestico nella popolazione anziana
	5.4 Promozione della guida responsabile - Rete Safe Night Piemonte
	5.5 Prevenzione degli incidenti stradali
PP06	6.1 Ridefinizione del coordinamento degli attori istituzionali
	6.2 Sistema informativo
	6.3 Formazione, informazione, assistenza
	6.4 Attività di vigilanza e controllo
	6.5 Progettazione PMP
	6.6 Comunicare i Piani mirati di prevenzione

PP07	7.1 Ridefinizione del coordinamento degli attori istituzionali
	7.2 Formazione, informazione, assistenza in edilizia e agricoltura
	7.3 Piano annuale di vigilanza, controllo e assistenza
	7.4 Sorveglianza sanitaria efficace in edilizia ed agricoltura
	7.5 PMP Agricoltura
	7.6 PMP Edilizia
PP08	8.1 Ridefinizione del coordinamento degli attori istituzionali
	8.2 Formazione, informazione, assistenza nell'ambito dei PMP
	8.3 PMP Rischio cancerogeno professionale
	8.4 PMP patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico
	8.5 PMP rischio stress correlato al lavoro
	8.6 PMP azione equity-oriented
PP09	9.1 Consolidamento della rete regionale integrata Ambiente e Salute ed elaborazione di programmi di attività intersettoriali
	9.2 Programma formativo sulle tematiche ambiente, clima e salute per operatori del SSN in cooperazione con il SNPA
	9.3 Predisposizione di documenti di indirizzo regionali per l'applicazione della VIS
	9.4 Programmi di controllo in materia di sicurezza chimica e formazione sul tema della valutazione e gestione del rischio chimico
	9.5 Aggiornamento del Piano Regionale amianto e miglioramento della conoscenza della problematica attraverso l'analisi del rischio
	9.6 Linee di indirizzo regionali per il miglioramento della salubrità e sostenibilità degli edifici
	9.7 Partecipazione a tavoli regionali sulla tematica Urban Health
	9.8 Strumenti condivisi per la valutazione della salutogenicità dell'ambiente urbano a supporto dell'espressione di pareri
	9.9 Iniziative informative/educative volte al miglioramento della qualità dell'aria
	9.10 Campagne di sensibilizzazione sui rischi da radiazioni
	9.11 Sistema informativo regionale relativo alle acque destinate al consumo umano e strategie per migliorare la conoscenza dei rischi nella filiera idropotabile
	9.12 Accordi inter-istituzionali per interventi di valutazione dello stato di salute della popolazione in aree ad elevata pressione ambientale
	9.13 Partecipazione alla stesura del Piano Regionale di gestione dei rifiuti urbani e di bonifica delle aree inquinate per la promozione di interventi volti alla corretta gestione dei rifiuti
	9.14 Programma di comunicazione e sensibilizzazione finalizzato a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti dei cambiamenti climatici sulla salute
	9.15 Attività di sorveglianza sanitaria congiunte a livello intradipartimentale per la riduzione dell'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica
PP10	10.1 Integrazione dei Piani regionali dedicati o che intersecano il tema del contrasto alle AMR e del loro monitoraggio
	10.2 Sviluppo sorveglianza degli isolamenti di laboratorio AR_ISS
	10.3 Sviluppo sorveglianza degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (ex sorveglianza CPE)
	10.4 Prevenzione e controllo delle AMR e ICA sul territorio e nelle RSA
	10.5 Sorveglianza e controllo delle ICA
	10.6 Monitoraggio del consumo e dell'uso degli antibiotici
	10.7 Promozione del buon uso degli antibiotici in ambito umano
	10.8 Interventi formativi regionali
	10.9 Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario
PL11	11.1 Strategie intersettoriali per il sostegno e l'accompagnamento alla genitorialità
	11.2 Promozione dell'allattamento materno
	11.3 Azione sui determinanti di salute del bambino
	11.4 La tutela dell'ambiente e il contatto con la natura quali determinanti del benessere e della salute dei bambini e delle famiglie
	11.5 Promozione della salute riproduttiva e dell'accesso servizi e alle pratiche di programmazione familiare

PL12	12.1 Coordinamento “intersettoriale” prevenzione - cronicità
	12.2 Formazione al counselling motivazionale (nazionale)
	12.3 Promozione stili di vita salutari in contesti opportunistici
	12.4 Promozione della salute nei luoghi di cura per il personale sanitario
	12.5 Promozione della salute in contesti territoriali deprivati
PL13	13.1 Gruppo di lavoro intersettoriale di ricerca e documentazione sui determinanti di salute correlati all'alimentazione
	13.2 Interventi formativi destinati agli operatori sanitari
	13.3 Interventi formativi destinati agli operatori del settore alimentare
	13.4 Programma di comunicazione rivolto alla popolazione generale e agli operatori delle filiere di produzione e commercializzazione degli alimenti
	13.5 Definizione di un programma di promozione della dieta sana, equilibrata e sostenibile per il contrasto di sovrappeso e obesità nei bambini
	13.6 Prevenzione della malnutrizione
	13.7 Potenziamento del sistema di sorveglianza e gestione delle malattie trasmesse da alimenti (MTA)
PL14	14.1 Consolidamento del sistemi di sorveglianza epidemiologica e potenziamento del sistema di segnalazione malattie infettive
	14.2 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive
	14.3 Interventi formativi regionali
	14.4 Gestione delle malattie trasmesse da vettori
	14.5 Interventi di screening in materia di IST
	14.6 Accessibilità ai servizi di screening e cura delle malattie infettive croniche
	14.7 Campagna di comunicazione per favorire l'adesione consapevole della popolazione alle vaccinazioni
PL15	15.1 Consolidamento del coordinamento multidisciplinare regionale di screening
	15.2 Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico e promozione della partecipazione della popolazione invitata
	15.3 Reindirizzare l'attività di screening spontaneo nel percorso dei programmi organizzati
	15.4 Invio progressivo della lettera di invito alle donne di 45-49 anni e posticipo dell'età di uscita dallo screening fino a 74 anni di età.
	15.5 Adozione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate contro l'HPV entro i 15 anni di età
	15.6 Percorsi diagnostico-terapeutici integrati con i programmi di screening in essere per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2
	15.7 Estensione dell'offerta di screening per il tumore colo rettale
	15.8 Integrazione di interventi di promozione della salute nell'ambito dello screening oncologico (integrazione con PL12)
	15.9 Promozione della partecipazione e rafforzamento degli interventi per raggiungere sottogruppi svantaggiati della popolazione
PL16	16.1 Intersettorialità nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025
	16.2 Formazione trasversale a supporto del PRP 2020-2025
	16.3 Piano di comunicazione del PRP 2020-2025
	16.4 Coordinamento e supporto delle attività regionali e locali di contrasto alle disuguaglianze di salute
	16.5 Sorveglianze di popolazione
	16.6 Monitoraggio degli obiettivi del PRP 2020-2025

CAPITOLO 3 Programmi Predefiniti

3.1 PP01 - Scuole che promuovono Salute

3.1.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP01
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Simonetta Lingua
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVI TRASVERSALI DI RIFERIMENTO	MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti MO3 Incidenti domestici e stradali MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali MO5 Ambiente, Clima e Salute MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale</p> <p>MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale</p> <p>MO1-09 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT</p> <p>MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva</p> <p>MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale)</p> <p>MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute</p> <p>MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale</p> <p>MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui</p> <p>MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti</p> <p>MO2-05 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato</p> <p>MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)</p> <p>MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici</p> <p>MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente</p> <p>MO4-06 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL</p> <p>MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute</p> <p>MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico</p> <p>MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e</p>

	<p>gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti MO5-14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute</p> <p>MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST</p>
<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<p>MO1LSc Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell'infanzia), per la promozione della salute fisica e mentale MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina • contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol • riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà • contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile • riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato • aumento del consumo di frutta e verdura • prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) <p>MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione</p> <p>MO2LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili</p> <p>MO4LSm Rafforzamento della collaborazione scuola/aziende/istituzioni soprattutto finalizzate alla gestione dello studente in Alternanza scuola lavoro</p> <p>MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro</p>
<p>LEA</p>	<p>B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato B06 Promozione della sicurezza stradale B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari F09 Prevenzione delle dipendenze</p>

3.1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità e Analisi di contesto

Demografia

In Piemonte nell'anno 2020-21 vi sono 575.637 studenti iscritti alle scuole di ogni ordine e grado.

La presenza di stranieri aumenta al diminuire dell'età. Le strutture scolastiche sono concentrate nel capoluogo e nella sua area metropolitana che corrisponde ad un unico Ufficio Scolastico Territoriale di Torino e alle 4 Asl di pertinenza (ASL Città di Torino, TO3, TO4 e TO5).

In una prospettiva di circa 10 anni ci sarà una forte contrazione della popolazione scolastica italiana tra i 6 e i 18 anni, la più drastica nella scena europea, con una perdita di organici e liberazione di spazi: questi dati ci devono sollecitare rispetto ad una riflessione organizzativa sia dal punto di vista delle priorità che dell'opportunità di utilizzare al meglio gli spazi che si libereranno connettendo sempre più le scuole e la comunità.

Condizioni socio-economiche

Le condizioni socio-economiche degli individui costituiscono un importante predittore di salute: persone maggiormente istruite, con un lavoro, un reddito stabile e in buone condizioni economiche hanno indicatori di salute più favorevoli di chi non possiede queste caratteristiche. I bambini appartenenti a famiglie con migliore situazione sociale ed economica hanno traiettorie di vita migliori e migliore salute anche in futuro. Sono inoltre proprio le condizioni socio economiche della famiglia di origine che identificano alcuni fattori strettamente correlati al possibile abbandono scolastico. Considerare la distribuzione geografica di alcune caratteristiche fortemente condizionanti le esperienze di vita di bambini e adolescenti (genitori soli tra 20 e 50 anni con figli a carico; persone > 14 anni con al più la licenza elementare; alloggi affollati; alloggi disagiati; NEET) permette di individuare i territori in cui potrebbe essere utile indirizzare interventi mirati di contrasto alle disuguaglianze.

Stato di salute e stili di vita di bambini e adolescenti

I sistemi di sorveglianza nazionali forniscono una panoramica su stato di salute e stili di vita in due diversi gruppi d'età: OKkio alla Salute (9 anni) permette approfondimenti sui bambini; HBSC (11 – 13 – 15 anni) e Gyts (11-18) sugli adolescenti. Abbiamo anche analizzato, stratificandoli per sesso e fasce d'età, gli accessi in pronto soccorso (flusso c2) relativi ad autolesioni e violenze interpersonali, incidenti domestici e stradali.

In sintesi la VI rilevazione di OKkio segnala la persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità e di cattive abitudini alimentari e di stili di vita che non favoriscono l'attività fisica. Rispetto ai dati delle raccolte precedenti si evidenzia una diminuzione dei bambini che fanno una colazione adeguata e di quanti consumano 5 porzioni al giorno di frutta e verdura. La percentuale di bambini non attivi ha visto una progressiva diminuzione dal 2008 al 2014. Nel 2019 si rileva una decrescita dopo l'incremento del 2016. Tutti questi rischi diminuiscono con il crescere della scolarità della madre e si sono ulteriormente esacerbati in conseguenza del lockdown e dell'ampio ricorso alla DaD durante la pandemia (<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3616>). In particolare uno studio americano (Rundle, 2020) riguardante il primo lockdown segnala che la chiusura delle scuole potrebbe aver aggravato l'epidemia di obesità infantile e aumentato le disparità riguardanti il rischio di obesità infantile in molte zone degli USA. La lettura segnala che gli impatti negativi della pandemia sui bambini sono peggiori nelle fasce più svantaggiate della popolazione.

Per quanto riguarda gli adolescenti, l'ultima rilevazione disponibile di HBSC segnala la presenza di problemi di sedentarietà, scorrette abitudini alimentari, isolamento e tempo passato davanti a cellulari e televisione, con un aumento all'aumentare dell'età. Emerge drammaticamente (soprattutto nei maschi) il problema del gioco d'azzardo. La scuola è vissuta come evento stressante e poco più di un ragazzo su tre pensa che gli insegnanti abbiano a cuore la loro educazione e crescita. Diffusa è la sensazione di malessere che gli adolescenti vivono nel rapporto con la propria immagine corporea e permangono

abitudini scorrette quali fumo, consumo di alcool e di droghe. Tali problemi sono maggiormente presenti tra i ragazzi degli istituti tecnici e dei professionali. Il disagio adolescenziale emerge anche da alcuni dati sintetici di analisi degli accessi in pronto soccorso relativi a autolesioni e violenze interpersonali che nelle tabelle successive sono stati stratificati per sesso e fascia d'età. I dati descrittivi riguardanti l'impatto sugli adolescenti della chiusura delle scuole causata dalla pandemia evidenziano un peggioramento di tutti questi problemi (<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3616>). Sono state segnalate conseguenze negative sulla salute fisica e mentale, e in particolare: un aumento del tempo trascorso davanti agli schermi, una diminuzione dei livelli di attività fisica, difficoltà di sonno, un abbassamento della soglia di tolleranza allo stress, aumento di ansia e depressione, una riduzione della percezione della soddisfazione della qualità di vita, un aumento dell'ideazione suicidaria, una maggiore esposizione alle violenze domestiche. La lettura segnala che gli impatti negativi della pandemia sugli adolescenti sono peggiori nelle fasce più svantaggiate della popolazione.

L'andamento degli accessi in pronto soccorso per incidenti domestici e stradali è in diminuzione nel 2020, molto probabilmente a seguito della ridotta mobilità a causa della pandemia per quel che riguarda gli incidenti stradali. La riduzione degli incidenti domestici invece potrebbe essere legata ad una diminuzione degli accessi in pronto soccorso per tutte le cause non legate alla pandemia.

Gli interventi delle ASL del Piemonte

Le ASL del Piemonte, con la rete dei referenti per la promozione della salute, da anni lavorano per proporre alle scuole progetti omogenei di interventi su tematiche considerate prioritarie, garantendo prodotti validati a livello nazionale e in alcuni casi internazionale, sui quali gli operatori hanno anche ricevuto una formazione accreditata. Da anni ogni ASL definisce e propone alle scuole del proprio territorio un catalogo di azioni e offerte formative. Nel 2020, a causa della pandemia, si è registrata una netta diminuzione degli interventi effettuati insieme ad una evidente disomogeneità territoriale. I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato ma non esauriscono le attività di promozione della salute realizzate nel setting scolastico. La rilevazione OKkio 2019 segnala infatti che le ASL piemontesi sono coinvolte nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nel 28,3% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 9,1% delle scuole. Complessivamente il 31,2% delle scuole ha collaborato con l'ASL per iniziative di educazione alimentare o promozione dell'attività fisica. Oltre la ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti, altri soggetti, altri enti pubblici, le attività di volontariato. Nel complesso il 62,3% delle scuole ha partecipato a qualche iniziativa di promozione alimentare con Enti/ Associazioni.

Gli apprendimenti

La chiusura delle scuole è stata ampiamente utilizzata, in associazione con altre, per ridurre la trasmissione del SARS-Cov2 nella comunità. Tale misura, insieme al distanziamento fisico, può avere un impatto pesante sul benessere psicofisico presente e futuro di bambini e adolescenti. Inoltre, la chiusura della scuola può portare a una preoccupante perdita di apprendimento, che può mettere a repentaglio il livello di istruzione individuale e le opportunità occupazionali, entrambi determinanti sociali chiave della minore mortalità e morbilità in età adulta. L'allontanamento sociale può mettere a dura prova molti giovani, non in grado di far fronte allo stress del confinamento domestico o al potenziale peso e paura di perdite familiari a causa della malattia, nonché alla mancanza del supporto di persone esterne, reti e pari. L'isolamento in casa può influire negativamente anche sugli stili di vita. Infine, la pandemia solleva un grave problema di equità: i bambini e gli adolescenti che vivono in famiglie più vulnerabili hanno maggiori probabilità di essere esposti a tutti i fattori precedentemente descritti. Ad esempio, è molto più probabile che i bambini svantaggiati non dispongano di competenze e dispositivi digitali per un accesso efficace all'insegnamento a distanza, vivano in contesti familiari non incoraggianti o orientati alla promozione della salute e presentino una maggiore prevalenza di comportamenti poco salutari anche prima della pandemia. Inoltre, le conseguenze socioeconomiche negative della recessione innescata dalla

pandemia stanno danneggiando più duramente le famiglie che anche prima del COVID-19 erano più vulnerabili, portando a un'ulteriore pressione sulla salute mentale dei bambini e ad una minore possibilità di sostegno dei genitori. Secondo l'Unesco l'Italia è in vetta alla classifica per numero di settimane di chiusura totale e parziale delle scuole, seconda solo agli USA. Probabilmente una scelta di questo tipo può aver condizionato i risultati degli apprendimenti che emergono dai dati INVALSI nella rilevazione 2021. La scuola primaria riesce ad affrontare la pandemia: il confronto degli esiti del 2019 e del 2021 restituisce un quadro sostanzialmente stabile. I risultati in italiano e matematica dei piemontesi si presentano in linea con quelli medi dell'Italia. Ad aver avuto maggiori problemi negli apprendimenti sono stati gli alunni delle scuole secondarie che nell'ultimo anno scolastico sono dovuti stare più spesso a casa rispetto gli alunni della primaria per via delle chiusure causate dalla pandemia. Sia nella scuola secondaria di primo che di secondo grado, rispetto al 2019, i risultati del 2021 di Italiano e Matematica sono più bassi, mentre quelli di Inglese (sia listening sia reading) sono stabili. Nella scuola secondaria di primo grado il Piemonte si colloca tra le regioni in cui i risultati si posizionano al di sopra della media italiana 2021, in maniera statisticamente significativa in italiano e in linea in matematica. Nella secondaria di II grado i risultati del Piemonte si presentano statisticamente al di sopra della media italiana sia in italiano che in matematica. È tuttavia da registrare che in matematica, già dalla V primaria, vi è un aumento significativo della quota di studenti in difficoltà rispetto al 2019 (dal 25% al 29%), dato che si osserva anche al termine del primo e del secondo ciclo di scuola (rispettivamente dal 35% al 40% al termine del primo ciclo e dal 31% al 34% al termine del secondo), pur restando molto al di sotto del valore medio italiano al termine del secondo ciclo (51%).

La pandemia sembra avere accentuato anche il problema della dispersione scolastica, soprattutto nelle sue componenti più difficili da individuare e quantificare. Secondo i dati Invalsi 2021, la dispersione scolastica implicita (ossia quegli studenti che, pur non essendo dispersi in senso formale, escono però dalla scuola senza le competenze fondamentali, quindi a forte rischio di avere prospettive di inserimento nella società non molto diverse da quelle degli studenti che non hanno terminato la scuola secondaria di secondo grado) si attesta in Italia al 9,5% (era il 7% nel 2019).

La perdita di apprendimenti e l'abbandono scolastico, oltre a costituire un problema sociale ed economico, incidono sul livello di Health literacy della popolazione e di conseguenza sulle traiettorie di salute e malattia. È stato riscontrato che le persone con un basso livello di health literacy non utilizzano in modo appropriato i servizi sanitari, hanno più difficoltà a seguire le indicazioni mediche, ad assumere i farmaci in modo corretto e a mantenersi in salute.

Analisi di contesto

Per una stabile e produttiva politica di promozione della salute nel setting scolastico, l'elemento decisivo è rappresentato da una solida strategia integrata tra le politiche pubbliche dell'istruzione e della sanità. La Regione Piemonte, Assessorati all'Istruzione e Sanità, e l'Ufficio Scolastico Regionale cooperano a tal fine grazie ad un Protocollo d'Intesa rinnovato nel 2017 per la quarta volta e adesso in procinto di rinnovo per la durata del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025.

Il Protocollo d'Intesa 2017/2020 è basato sui principi fondamentali di equità, inclusione, partecipazione e sostenibilità e mira a garantire la qualità delle azioni di promozione della salute, riconducendole ad un quadro unitario coordinato sia con la programmazione sanitaria nazionale e regionale, sia con i programmi ministeriali dell'istruzione. Lo strumento tecnico per ottenere tali finalità è rappresentato dal Gruppo Tecnico Regionale (GTR), gruppo paritetico formato dai rappresentanti formalmente designati dalle due Amministrazioni.

Nel corso del 2021 saranno oggetto di nuova discussione le Linee Guida "Scuole che promuovono salute", che rappresentano un orientamento per la redazione di Piani di lavoro, dei Piani dell'Offerta formativa delle Scuole e della Programmazione locale per i referenti delle Aziende Sanitarie Locali. Un apposito gruppo di lavoro Regione Piemonte – Ufficio Scolastico Regionale avrà il compito di curare in particolare l'integrazione e il coordinamento con la programmazione del Piano regionale di prevenzione 2020-25 tenendo conto dei vincoli imposti dalla pandemia da Covid-19.

Da diversi anni le Scuole del Piemonte adottano l'“Approccio globale alla salute” raccomandato dall'OMS e recepito dall'Accordo Stato Regioni del 17/01/2019 “Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute”. Tale approccio prevede alcune componenti fondamentali (condivisione degli ambienti fisici e organizzativi e dell'ambiente sociale) che a causa della pandemia da Covid-19 è complesso mantenere. Si può però puntare su un altro punto fondamentale dell'approccio globale, quello riguardante lo sviluppo delle competenze individuali e delle capacità d'azione degli allievi, mediate dagli insegnanti attraverso la proposta a distanza, per esempio, di pause attive tra una videolezione e l'altra. Il Piemonte si è già attivato in tal senso mettendo a disposizione uno strumento virtuale (padlet) da utilizzare come una bussola dove insegnanti e genitori possono trovare risorse utili per proporre pause attive nel periodo della didattica a distanza.

Il gruppo di lavoro misto Regione Piemonte – Ufficio Scolastico Regionale dunque, sulla scorta dell'esperienza passata, individuerà e suggerirà un modo nuovo di agire che permetta di continuare a promuovere salute tenendo conto dei vincoli imposti dalla pandemia.

A inizio 2019 gli istituti aderenti formalmente alla rete delle scuole che promuovono salute del Piemonte erano 60 mentre le richieste di prima adesione erano 158. Di norma erano organizzati 4 incontri annuali di formazione, con una media di partecipanti di circa 80 persone ciascuno. Nel corso del 2020 si sono mantenute le attività di supporto alle Scuole finalizzate all'orientamento metodologico e organizzativo (formazione, analisi di contesto/profilo di salute, valutazione delle priorità, adozione e sviluppo degli interventi proposti dal documento regionale di pratiche raccomandate) anche al fine di aumentare il numero e omogenizzare la distribuzione territoriale degli istituti aderenti. E' stata inoltre aggiornata la piattaforma che permette il monitoraggio e la comunicazione tra le scuole che partecipano alla rete.

Le ASL del Piemonte, con la rete dei referenti per la promozione della salute, da anni lavorano per proporre alle scuole progetti omogenei di interventi su tematiche di salute considerate prioritarie, garantendo prodotti validati a livello nazionale e in alcuni casi internazionale, sui quali gli operatori hanno anche ricevuto una formazione accreditata. Da anni ogni ASL definisce e propone alle scuole del proprio territorio un catalogo di azioni e offerte formative che riesce a coniugare le esigenze del Piano di Prevenzione con gli obiettivi ricompresi nell'insegnamento di “Cittadinanza e costituzione”, in particolare per quanto riguarda le competenze trasversali per la salute (*life skills*). È stato anche avviato un percorso di valutazione dell'equità di accesso ai programmi proposti dalle diverse ASL che ha rilevato disomogeneità per zona geografica, grado e tipologia di scuola.

Negli anni l'offerta formativa rivolta a insegnanti e alunni delle scuole di ogni ordine e grado si è estesa a molteplici temi di salute. Con l'intento di razionalizzare l'impegno e mettere a frutto l'esperienza acquisita dagli operatori concentrando gli sforzi sui temi prioritari per ciascuna fascia d'età, nonché di favorire maggiore diffusione ed equità nell'accesso agli interventi proposti, sarà definito un documento regionale di pratiche raccomandate che i servizi proporranno in modo omogeneo su tutto il territorio. Tutte le attività terranno conto dei vincoli imposti dalla pandemia Covid-19, riassumibili principalmente in:

- incertezza sulle modalità didattiche attuate nelle scuole;
- diminuzione delle risorse disponibili nella scuola e nella sanità da dedicare alla promozione della salute.

In particolare, a livello regionale i programmi di promozione della salute saranno ri-orientati, a partire da quelli più adeguati per affrontare alcune delle maggiori criticità poste dalla chiusura/riapertura parziale delle scuole a causa della pandemia (riduzione dell'attività fisica e aumento della sedentarietà; utilizzo massivo e per lungo tempo di strumenti elettronici; criticità psicologiche, ...).

La programmazione a livello locale proporrà un catalogo di progetti di promozione della salute che possano supportare la scuola nelle nuove condizioni, ponendo particolare attenzione all'equità di accesso con l'obiettivo di omogenizzare la distribuzione per zona, grado e tipologia delle scuole aderenti agli interventi proposti.

Tutti gli obiettivi e le azioni previste sono definite tenendo conto di quanto contenuto nel documento del Programma predefinito “Scuole che promuovono salute” del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25. In particolare si avvierà la misurazione dei risultati raggiunti anche in termini di plessi coinvolti.

In generale nel 2021, oltre alle obiettive difficoltà legate alla pandemia per la chiusura delle scuole e la gestione in capo ai Dipartimenti di Prevenzione della maggior parte delle attività legate al Covid-19, si sono aggiunte in alcune ASL situazioni di pensionamenti che hanno ulteriormente ridotto la capacità dei servizi di mantenere gli stessi livelli di prestazione degli anni precedenti.

In questo anno scolastico appena passato sono stati istituiti canali di comunicazione preferenziali ed è stato avviato un lavoro di rete tra i Dipartimenti di Prevenzione e la scuola per la riapertura e la gestione dei casi di contagio. Questi potrebbero essere la base anche per successivi scambi su altri temi usufruendo di una prassi consolidata di lavoro insieme e di conoscenza reciproca affinata.

Il 2020 e il 2021 si sono dimostrati anni densi di avvenimenti inaspettati e cambiamenti che hanno richiesto adattamento e flessibilità, ma sono stati anche uno stimolo a ripensare nuove metodologie e prospettive di formazione, dimostrando che la promozione della salute, se rappresenta un obiettivo comune e condiviso della scuola e della sanità, è in grado di affrontare cambiamenti anche importanti.

La pandemia ha rappresentato una grande opportunità di integrazione per i professionisti coinvolti anche interna alla Sanità, riscoprendo la necessità e il valore di lavorare in équipe multidisciplinari, promuovere conoscenza e scambio tra gruppi di lavoro diversi.

Consolidamento delle alleanze, Formazione congiunta e Progetti a catalogo sono stati negli anni la base solida dalla quale partire per creare e consolidare sinergie tra Scuola e sanità che potranno essere ulteriormente rafforzate in questo Piano di Prevenzione.

3.1.3 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il Programma prevede di strutturare tra “Scuola” e “Salute” un percorso congiunto e continuativo che includa formalmente la promozione della salute, il benessere e la cultura della sicurezza e della legalità all’interno del sistema educativo di istruzione e formazione con una visione integrata, continuativa e a medio/lungo termine, secondo i principi dell’azione intersettoriale e della pianificazione partecipata, in coerenza con le norme e i programmi nazionali.

A tal fine le Scuole si impegnano ad adottare l’“Approccio globale alla salute” raccomandato dall’OMS e recepito dall’Accordo Stato Regioni del 17/01/2019 (“Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute”), gestendo fattivamente la propria specifica titolarità nel governo dei determinanti di salute riconducibili a:

- Ambiente formativo (didattica, contenuti, sistemi di valutazione);
- Ambiente sociale (relazioni interne ed esterne, clima organizzativo, regole);
- Ambiente fisico (ubicazione, struttura, spazi adibiti ad attività fisica/pratica sportiva, attività all’aperto, laboratori, ristorazione, aree verdi);
- Ambiente organizzativo (servizi disponibili: mensa/merende, trasporti, accessibilità, fruibilità extrascolastica, *policy* interne).

In tale cornice, le Scuole inseriscono nella loro programmazione ordinaria iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti (studenti, docenti, personale non docente, dirigenza, famiglie, ecc.) così che benessere e salute diventino reale “esperienza” nella vita delle comunità scolastiche e che da queste possibilmente si diffondano alle altre componenti sociali (in particolare le famiglie). A questo scopo avviano, con il supporto tecnico scientifico dei Servizi sanitari regionali preposti, un processo che, a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento mirati a:

1. la promozione di competenze individuali e capacità d’azione (*life skills*);
2. il miglioramento dell’ambiente fisico e organizzativo;
3. il miglioramento dell’ambiente sociale;
4. la collaborazione con la comunità locale (Enti Locali, Associazioni, ecc.).

Il Programma ha quindi l’obiettivo di sostenere l’*empowerment* individuale e di comunità nel *setting* scolastico, in un’ottica intersettoriale; promuovere il rafforzamento di competenze e la consapevolezza di

tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, insegnanti, personale ATA, tecnici, dirigenti e genitori) e le modifiche strutturali ed organizzative sostenibili per facilitare l'adozione di stili di vita salutari e la prevenzione di fattori di rischio comportamentali e ambientali, attraverso interventi di provata efficacia o "buone pratiche" validate.

Il processo di diffusione e sviluppo del Programma è sostenuto da:

- accordi intersettoriali tra sistema sanitario e sistema scolastico finalizzati alla *governance* integrata;
- attività di supporto alle Scuole finalizzato all'orientamento metodologico e organizzativo (formazione, analisi di contesto/profilo di salute, valutazione delle priorità, adozione e sviluppo delle pratiche raccomandate dal Programma);
- accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni di promozione della salute dell'intera comunità scolastica;
- offerta di programmi preventivi *life skills oriented* validati;
- promozione e supporto alla nascita e implementazione di Reti regionali di Scuole che Promuovono salute;
- attività di monitoraggio e *governance*.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Le "Scuole che Promuovono salute" ^{1,2} si basano sull'"Approccio globale alla salute" e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione, *empowerment* e democrazia. Gli obiettivi riguardano congiuntamente sia l'ambito educativo sia quello della salute. Tale approccio, a livello internazionale, comprende sei componenti:

1. Competenze individuali e capacità d'azione;
2. Ambiente sociale;
3. *Policy* scolastica per la promozione della salute;
4. Ambiente fisico e organizzativo;
5. Collaborazione comunitaria;
6. Servizi per la salute.

Le evidenze mostrano che ^{3,4,5,6}:

- salute e rendimento scolastico sono fortemente connessi: i giovani in buona salute hanno maggiori probabilità di imparare in modo più efficace; i giovani che frequentano la scuola hanno maggiori possibilità di godere di buona salute; i giovani che stanno bene a scuola e che hanno un legame forte con la scuola e con adulti significativi, sono meno propensi a sviluppare comportamenti ad alto rischio e possono avere migliori risultati di apprendimento;
- sia gli *outcome* di salute sia quelli educativi migliorano se la Scuola utilizza l'approccio "Scuola che Promuove Salute" per affrontare le questioni relative alla salute in un contesto educativo;
- le azioni basate su molteplici determinanti di salute sono più efficaci nell'ottenere risultati di salute ed educativi;
- le sei componenti della Scuola che Promuove Salute hanno dimostrato la loro efficacia sia rispetto agli *outcome* di salute sia rispetto a quelli educativi;
- le sei componenti della Scuola che Promuove Salute sono direttamente legate alla riduzione delle disuguaglianze.

In particolare, lo sviluppo di competenze è considerato una delle strategie più efficaci per favorire sia processi di apprendimento ^{7,8} sia lo sviluppo di stili di vita salutari⁹. Inoltre, vi sono chiare evidenze sul fatto che l'ambiente scolastico influenzi fortemente la salute degli studenti in termini sia positivi sia negativi¹⁰. In relazione a questo sono stati identificati gli aspetti, di seguito elencati, che hanno maggiore

influenza in relazione al cambiamento e all'innovazione nelle scuole, tra cui l'introduzione e la creazione di Scuole che Promuovono Salute⁵:

- equità
- educazione e formazione degli insegnanti
- cultura della scuola
- partecipazione e senso di appartenenza degli studenti
- collegamento tra promozione della salute e compiti fondamentali della scuola
- coinvolgimento dei genitori e di altri adulti di riferimento
- salute e benessere del personale scolastico

Infine, risulta cruciale il dialogo crescente e costante tra la Scuola e la Sanità^{11, 12}.

1. SHE (2009). *Better school through health – The third European Conference on Health promoting Schools – Vilnius Resolution*
2. SHE (2013). *The Odense Statement: Our ABC for equity, education and health. The 4th European conference on health promoting schools: Equity, Education and Health, 7-9 October 2013*
3. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulidou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R. (2014). *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database of Systematic Reviews*
4. IUHPE (2010). *Promoting Health in Schools: From evidence to Action*
5. Young, St Leger, Buijs (2013). *School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet 2*
6. SHE (2018). *School health promotion – Evidence for effective action on inequalities. SHE Factsheet 4*
7. Comunità Europea (2006) *Raccomandazione del parlamento europeo e del consiglio del 18 dicembre 2006 relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, 30-12-2006.*
8. Comunità Europea (2018). *Raccomandazione del Consiglio relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente. Fascicolo interistituzionale 2018/0008 (NLE).*
9. WHO (2003). *Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. Information Series on School Health. Document*
10. Bonell C, Farah J, Harden A, Wells H, Parry W, Fletcher A, et al. (2013). *Systematic review of the effects of schools and school environment interventions on health: evidence mapping and synthesis. Public Health Res. 2013.*
11. IUHPE (2012). *Facilitating Dialogue between the Health and Education Sectors to advance School Health Promotion and Education*
12. *Accordo Stato Regioni 17.01.2019* *Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove Ministero della Salute – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.*

Declinazione a livello regionale del Programma

In una stabile e produttiva politica di promozione della salute nel setting scolastico, l'elemento decisivo è rappresentato da una solida strategia integrata tra le politiche pubbliche dell'istruzione e della sanità. La Regione Piemonte, Assessorati all'Istruzione e Sanità, e l'Ufficio Scolastico Regionale cooperano a tal fine grazie ad un Protocollo d'Intesa rinnovato nel 2017 per la quarta volta. Dal punto di vista operativo sono state riviste e rinnovate fino al 2020 le linee guida "Scuole che promuovono salute", che rappresentano un orientamento per la redazione di Piani di lavoro, dei Piani dell'Offerta formativa delle Scuole e della Programmazione locale per i referenti delle Aziende Sanitarie Locali.

Le ASL del Piemonte, con la rete dei referenti per la promozione della salute, da anni lavorano per proporre alle scuole progetti omogenei di interventi su tematiche di salute considerate prioritarie, garantendo prodotti validati a livello nazionale e in alcuni casi internazionale, sui quali gli operatori hanno anche ricevuto una formazione accreditata. È da considerarsi elemento positivo, e consolidato, lo sviluppo del processo omogeneo di offerta di interventi di "buone pratiche" da parte delle ASL sul territorio regionale, processo che avviene attraverso un catalogo di azioni e offerte formative per le scuole che riesce a coniugare le esigenze di questo Programma con gli obiettivi ricompresi nell'insegnamento di "Cittadinanza e costituzione", in particolare per quanto riguarda le competenze trasversali per la salute (*life skills*).

Nel corso del periodo 2021/2025 sarà rinnovato il Protocollo al fine di consolidare i processi virtuosi in corso, mantenere e migliorare:

- gli standard previsti in tema di formazione congiunta,
- i risultati prodotti in tema di disseminazione e di adozione di buone pratiche,
- l'attivazione di azioni sui temi considerati prioritari individuati dalla Linee Guida.

3.1.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PP01_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico			
INDICATORE PP01_OT01_IT01	Accordi intersettoriali (a)			
formula	Presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR -USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento “Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute” (Accordo Stato-Regioni 17/01/19)			
Standard	1 Accordo entro il 2022			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	Presenza di 1 Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale	--	--	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP01_OT01_IT02	Accordi intersettoriali (b)			
formula	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)			
Standard	Almeno 2 Accordi entro il 2025			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Almeno 2 Accordi entro il 2025
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PP01_OT04	Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder			
INDICATORE PP01_OT04_IT05	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti			
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti a scuole, genitori, enti locali, associazioni, ecc. per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti			
Standard	Progettazione e produzione di almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l’approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione/diffusione dei risultati, ogni anno dal 2023 al 2025 - realizzazione di almeno 2 iniziative di comunicazione/diffusione (una riguardante l’approccio e una riguardante i risultati raggiunti) a livello regionale nel 2025			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	progettazione e produzione di almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l’approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale	realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione/ diffusione dei risultati	realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione/ diffusione dei risultati	realizzazione di almeno 2 iniziative di comunicazione/ diffusione (una riguardante l’approccio e una riguardante i risultati raggiunti) a livello regionale
Fonte	Regione e MIUR – USR			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PP01_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole dell' "Approccio globale alla salute"; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute			
INDICATORE PP01_OT02_IT03	Formazione congiunta "Scuola – Sanità" per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute			
formula	Presenza di offerta formativa per operatori sanitari, dirigenti/insegnanti sul modello Scuole che Promuovono Salute			
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla scuola			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla Scuola	-	-	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP01_OT03_IT04	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder			
formula	Presenza di offerta formativa, per operatori sanitari, sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"			
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PP01_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative			
INDICATORE PP01_OT05_IT06	Lenti di equità			
formula	Adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021			
Fonte	Regione			

3.1.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PP01_OS02	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")			
INDICATORE PP01_OS02_IS01	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")			
formula	presenza			
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali	-	-	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP01_OS02_IS02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"			
formula	presenza			
Standard	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022;Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022	Disponibilità e utilizzo del sistema	Disponibilità e utilizzo del sistema	Disponibilità e utilizzo del sistema
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP01_OS03	Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.			
INDICATORE PP01_OS03_IS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute			
formula	presenza di 1 Rete regionale di "Scuole che Promuovono Salute" formalizzata da MIUR - USR			
Standard	Rete regionale formalizzata entro il 2022			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	Rete regionale formalizzata entro il 2022	-	-	--
Fonte	MIUR - USR			
OBIETTIVO PP01_OS01	Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo			
INDICATORE PP01_OS01_IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete (* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)			
formula	$(N. \text{ Istituti scolastici } * \text{ che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l' "Approccio globale" e a realizzare gli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate" } / (N. \text{ Istituti scolastici presenti sul territorio regionale}) \times 100$ <i>* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola</i>			
Standard	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	--	almeno 10%	almeno 20%	almeno 30%
Fonte	Regione, Anagrafe MIUR ("Scuole in chiaro")			

INDICATORE PP01_OS01_IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate			
formula	(N. Scuole* che realizzano almeno 1 intervento di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) x 100 * Per Scuole si deve intendere il plesso o la tipologia di indirizzo (es. liceo scientifico, liceo tecnologico, istituto agrario, ecc.): quindi nell’anagrafe MIUR i rispettivi codici meccanografici			
Standard	almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022			
Valore atteso annuale	2022 almeno 50%	2023 almeno 50%	2024 almeno 50%	2025 almeno 50%
Fonte	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)			

3.1.6 Azioni

TITOLO AZIONE	1.1 Consolidare l'alleanza scuola/sanità per le Scuole che promuovono Salute
CATEGORIA PRINCIPALE	azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d'intesa, convenzioni con Istituzioni e/o titolari di policy (es. USR, Prefetture, Assessorati regionali Sport, Formazione, Turismo, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
INDICATORE OS01IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete (* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)
INDICATORE OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OBIETTIVO OS03 Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute	
INDICATORE OS03IS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVI OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	
INDICATORE OT01IT01	Accordi intersettoriali (a)
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	scuola

DESCRIZIONE

Per una stabile e produttiva politica di promozione della salute nel setting scolastico, l'elemento decisivo è rappresentato da una solida strategia integrata tra le politiche pubbliche dell'istruzione e della sanità. La Regione Piemonte, Assessorati all'Istruzione e Sanità, e l'Ufficio Scolastico Regionale cooperano a tal fine grazie ad un Protocollo d'Intesa rinnovato nel 2017 per la quarta volta. Tale Protocollo è basato sui principi fondamentali di equità, inclusione, partecipazione e sostenibilità e mira a garantire la qualità delle azioni di promozione della salute, riconducendole ad un quadro unitario coordinato sia con la programmazione sanitaria nazionale e regionale, sia con i programmi ministeriali dell'istruzione. Lo strumento tecnico per ottenere tali finalità è rappresentato dal Gruppo Tecnico Regionale (GTR), gruppo paritetico formato dai rappresentanti formalmente designati dalle due Amministrazioni.

Il Protocollo di Intesa è in corso di rinnovo per la durata del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-25. Si intende allargare l'alleanza Regione MI/USR ad altri Uffici USR in un'ottica di approccio globale e condivisione del programma di azione 2020-25 attraverso:

- la riconferma / rinnovo del GTR nel 2022;
- il rinnovo entro il 2022 delle Linee Guida “Scuole che promuovono salute”, che rappresentano un orientamento per la redazione di Piani di lavoro, dei Piani dell'Offerta formativa delle Scuole e della Programmazione locale per i referenti delle Aziende Sanitarie Locali. Un apposito gruppo di lavoro Regione Piemonte – Ufficio Scolastico Regionale avrà il compito di curare in particolare l'integrazione e il coordinamento con la programmazione del Piano regionale di prevenzione 2020-25 tenendo conto dei vincoli imposti dalla pandemia da Covid-19;
- la redazione condivisa, entro il 2022, di una carta piemontese delle scuole che promuovono salute contenente i criteri di adesione alla rete.

TITOLO AZIONE	1.2 Costruire l'alleanza scuola/comunità per le Scuole che promuovono Salute
CATEGORIA PRINCIPALE	azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d'intesa, convenzioni con stakeholder (es. Associazioni di categoria, di cittadini, di pazienti, di promozione sociale e sportiva, Società Scientifiche, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
INDICATORE OS01IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete (* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)
INDICATORE OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità; del Sistema Scolastico	
INDICATORE OT01IT02	Accordi intersettoriali (b)
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	scuola

DESCRIZIONE

Per sviluppare ulteriormente le attività della rete regionale di scuole che promuovono salute saranno sottoscritti accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possano sostenere/ contribuire alle azioni su specifiche progettualità o su azioni di governance. Si prevede di lavorare alla costruzione di alleanze finalizzate alla sottoscrizione di accordi con i seguenti soggetti:

- SUISM per accordo su promozione della buona pratica “Un miglio al giorno” (formazione operatori e docenti, ecc.) nel biennio 2022-23
- 2024-25 accordo con Anci per condivisione carta di Toronto (in collaborazione con PP2)
- interlocuzioni con Fondazioni finalizzate alla condivisione di programmi, coordinamento di azioni...)
- interlocuzioni con Centro Servizi per il Volontariato o con organismi di coordinamento dell'associazionismo come snodo di contatto per le diverse realtà del terzo settore.

A livello locale, le ASL dovranno valorizzare tutte le forme di consultazione allargata e programmazione integrata attualmente presenti e favorirne l'implementazione in ulteriori contesti attraverso almeno un incontro dei gruppi costituiti a livello locale.

Anche a livello locale sarà promossa e sostenuta la formalizzazione di accordi ispirati a documenti di indirizzo accreditati dalla comunità scientifica allo scopo di realizzare azioni trasversali e coerenti nei vari setting, scuola comunità, luoghi di lavoro (es. carta di Toronto in collaborazione con PP2).

TITOLO AZIONE	1.3 Formazione congiunta per il supporto dell'alleanza scuola/sanità per le Scuole che promuovono Salute e governance delle azioni
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/sviluppo di Reti di setting che "promuovono salute" (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
INDICATORE OS01IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete
INDICATORE OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole dell'"Approccio globale alla salute"; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	
INDICATORE OT02IT03	Formazione congiunta "Scuola – Sanità" per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	scuola

DESCRIZIONE

Il protocollo d'intesa scuola/sanità sarà accompagnato da azioni di formazione a sostegno dello sviluppo e diffusione della rete regionale di scuole che promuovono salute. Saranno attivate azioni a livello regionale e in particolare:

- formazione congiunta dedicata a dirigenti scolastici, dirigenti UST, referenti della promozione della salute delle ASL per la condivisione degli obiettivi, delle priorità del modello delle scuole che promuovono salute proposto dal PNP, della carta, dei criteri di equità
- 2022: presentazione congiunta del documento regionale di pratiche raccomandate; redazione e condivisione dell'HEA (vedi azione equity-oriented)
- 2023: presentazione congiunta della "carta piemontese delle scuole che promuovono salute"
- formazione congiunta dedicata alle scuole aderenti alla rete regionale delle scuole che promuovono salute sui temi dell'approccio globale

A livello locale dovrà essere realizzato in ogni ASL almeno un incontro tra i referenti dell'ASL e i rappresentanti della scuola e della comunità al fine di concordare strategie comuni e definire le modalità di lavoro sul territorio, rinforzando il gruppo tecnico locale.

TITOLO AZIONE	1.4 Aggiornare e sviluppare ProSa e la piattaforma rete SHE Piemonte
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
INDICATORE OS01IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete
INDICATORE OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OBIETTIVO OS02 Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. “Documento regionale di pratiche raccomandate”)	
INDICATORE OS02IS02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	scuola

DESCRIZIONE

In Piemonte ci sono due sistemi informativi che permettono il monitoraggio delle azioni di promozione della salute attuate nel setting scuola: 1) ProSa; 2) piattaforma rete SHE Piemonte.

1) Da diversi anni le azioni e le buone pratiche attuate nel setting scuola in collaborazione con le ASL sono monitorate attraverso una apposita sezione sviluppata nella banca dati ProSa. Le ASL inseriscono le azioni svolte nell'anno e una pagina di rendicontazione permette di monitorare il raggiungimento degli standard previsti per ogni indicatore definito a livello regionale e di ASL. Sono stati sviluppati specifici tutorial per sostenere gli operatori all'utilizzo della banca dati. È disponibile un sistema di helpdesk. Vengono inoltre organizzati due incontri annuali di discussione / confronto / formazione degli operatori. Tali attività saranno mantenute e in particolare si prevede:

- 2022: adeguamento della banca dati ProSa alle necessità di documentazione/ monitoraggio previste dal PRP 2020-25

- 2022-25: formazione/sostegno agli operatori sul corretto utilizzo della banca dati

- 2023: collegamento della banca dati ProSa con la piattaforma regionale della rete SHE

- 2025: implementazione della banca dati ProSa con le buone pratiche raccomandate svolte da altri soggetti diversi dalle ASL

Le ASL dovranno utilizzare correttamente il sistema informativo ProSa, in particolare per quanto riguarda la completezza nel caricamento dei progetti e degli interventi effettuati e l'utilizzo di indicatori estraibili per la rendicontazione, anche partecipando agli interventi formativi e alle azioni di help desk promossi dal livello regionale.

2) In Piemonte è stata sviluppata una piattaforma dedicata alle scuole che promuovono salute ove le scuole della rete SHE si registrano e possono condividere strumenti e materiali. La piattaforma è utilizzata anche per monitorare il numero di scuole aderenti alla rete. È necessario aggiornare la piattaforma con l'obiettivo di: a) rendere più agile la registrazione delle scuole; b) implementare le pagine dedicate alla condivisione degli strumenti; c) avviare ed animare una comunità di pratica. La calendarizzazione prevede:

- 2022: Aggiornamento (rifornimento) piattaforma

- 2022-25: Inserimento in piattaforma di pagine dedicate agli strumenti per le Scuole che promuovono Salute (Documento Regionale di pratiche raccomandate; Cataloghi locali; Carta delle scuole che promuovono salute e modalità di adesione, ...)
- 2022-25: Inserimento in piattaforma di esperienze locali
- 2025: realizzazione e inserimento in piattaforma di un tutorial sui temi dell'approccio globale.

TITOLO AZIONE	1.5 Definire e aggiornare periodicamente un documento regionale di pratiche raccomandate
CATEGORIA PRINCIPALE	azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
INDICATORE OS01IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete
INDICATORE OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OBIETTIVO OS02 Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	
INDICATORE OS02IS01	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri stakeholder	
INDICATORE OT03IT04	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	scuola

DESCRIZIONE

Le ASL del Piemonte, con la rete dei referenti per la promozione della salute, da anni lavorano per proporre alle Scuole progetti omogenei di interventi su tematiche di salute considerate prioritarie, garantendo prodotti validati a livello nazionale e in alcuni casi internazionale, sui quali gli operatori hanno anche ricevuto una formazione accreditata. Ogni ASL definisce e propone alle scuole del proprio territorio un catalogo di azioni e offerte formative che riesce a coniugare le esigenze del Piano di Prevenzione con gli obiettivi ricompresi nell'insegnamento di "Cittadinanza e costituzione", in particolare per quanto riguarda le competenze trasversali per la salute (life skills). Negli anni l'offerta formativa rivolta a insegnanti e alunni delle scuole di ogni ordine e grado si è estesa a molteplici temi di salute. Con l'intento di razionalizzare l'impegno e mettere a frutto l'esperienza acquisita dagli operatori concentrando gli sforzi sui temi prioritari per ciascuna fascia d'età, nonché di favorire maggiore diffusione ed equità nell'accesso agli interventi proposti, nel 2022 sarà definito un documento regionale di pratiche raccomandate che i servizi proporranno in modo omogeneo su tutto il territorio. Il documento conterrà le priorità di intervento che emergeranno dal profilo di salute ed equità, in base al quale sarà quindi periodicamente aggiornato; nel 2022 conterrà:

- progetti raccomandati di promozione della salute (unplugged, diario della salute, patentino, rete senza fili, identikit, affy, un miglio al giorno intorno alla scuola, gioco d'azzardo);
- buone pratiche di modifica dei contesti (interventi su capitolati mensa, del vending; interventi per la modifica dei cortili, pedibus).

Negli anni successivi, e fino al 2025, saranno programmate azioni a sostegno delle ASL affinché adottino e promuovano a livello locale le buone pratiche contenute nel Documento Regionale di pratiche raccomandate, inserendole nei cataloghi locali:

- realizzare un format regionale finalizzato alla redazione di cataloghi locali omogenei in tutte le ASL;
- individuare congiuntamente con la scuola una/due buone pratiche da implementare ogni biennio, producendo strumenti e materiali ad uso degli operatori ASL/ insegnanti MOOC, slideskit, ecc.) per la ricaduta sul territorio;
- realizzare almeno un evento formativo annuale dedicato a operatori sanitari e sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder su programmi/azioni/interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate” con produzione di strumenti per l’implementazione a livello locale.

Tutte le attività terranno conto dei vincoli imposti dalla pandemia Covid-19, riassumibili principalmente in:

- incertezza sulle modalità didattiche attuate nelle scuole;
- diminuzione delle risorse disponibili nella scuola e nella sanità da dedicare alla promozione della salute.

In particolare, a livello regionale i programmi di promozione della salute saranno ri-orientati, a partire da quelli più adeguati per affrontare alcune delle maggiori criticità poste dalla chiusura/riapertura parziale delle scuole a causa della pandemia (riduzione dell’attività fisica e aumento della sedentarietà; utilizzo massivo e per lungo tempo di strumenti elettronici; riduzione delle opportunità di socializzazione e nella relazioni fra pari ed educativa, criticità psicologiche, ...).

Questa azione sarà portata avanti in collaborazione con PP2, PP4, PP5, PL13.

TITOLO AZIONE	1.6 Diffusione dei risultati raggiunti dall'alleanza scuola/sanità per le Scuole che promuovono Salute
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
INDICATORE OS01IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete
INDICATORE OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	
INDICATORE OT04IT05	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	scuola

DESCRIZIONE

Dal 2019 in Piemonte è prodotto un report annuale in forma di istantanea che sintetizza i bisogni di salute identificati dalle sorveglianze specifiche (OKkio, HBSC,...), i progetti di promozione della salute svolti in collaborazione con le ASL e la programmazione regionale prevista per l'anno successivo. Il report è declinato a livello regionale e di ASL e diffuso agli stakeholder attraverso molteplici canali comunicativi. Le ASL diffondono l'istantanea scuola presso gli stakeholder locali, integrata con dati e informazioni specifici, mettendola a disposizione sui propri siti istituzionali.

Tale attività viene confermata con la produzione di analoghi report per ogni anno, dal 2022 al 2025. Si prevede di svilupparla ulteriormente con l'inserimento delle attività di promozione della salute svolte da altri soggetti esterni al sistema sanitario ricompresi negli accordi di cui alla specifica azione.

A livello locale sarà organizzato almeno un evento annuale aperto, con il coinvolgimento anche di soggetti esterni al sistema sanità/scuola per la promozione e diffusione di buone pratiche (es. diffusione della carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica in collaborazione con PP2).

TITOLO AZIONE	1.7 Introdurre le lenti dell'equità nei processi intersettoriali con MI-USR, comuni, enti e istituzioni, terzo settore
CATEGORIA PRINCIPALE	azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Predisposizione/diffusione di Profili di salute ed Equità
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
INDICATORE OS01IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete
INDICATORE OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT05 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT05IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	scuola

DESCRIZIONE

Le sorveglianze su bambini e adolescenti segnalano la persistenza, e in alcuni casi l'aggravamento, in Piemonte di problemi di salute (sovrappeso, obesità) e stili di vita non salutari (cattive abitudini alimentari, sedentarietà, isolamento e tempo passato davanti a video e cellulari, gioco d'azzardo fumo, consumo di alcool e di droghe). Tutti questi rischi diminuiscono con il crescere della scolarità della madre e si sono ulteriormente esacerbati, in particolare nelle fasce d'età più svantaggiate, in conseguenza del lockdown e dell'ampio ricorso alla DaD durante la pandemia (<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3616>). La pandemia sembra avere peggiorato le performance scolastiche registrate dalle prove INVALSI 2021 e accentuato anche il problema della dispersione scolastica, in particolare quella implicita.

Per affrontare tali criticità è necessario attivare politiche non sanitarie e azioni congiunte con MI-USR, assessorato istruzione della Regione, comuni e altri stakeholder. È importante che i tavoli intersettoriali già attivi adottino le lenti dell'equità nella loro programmazione. È necessario avviare azioni di formazione congiunta per la condivisione dei linguaggi, delle strategie e degli strumenti (ad es HEA) di promozione della salute equity-oriented.

Al fine di promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione delle lenti dell'equità nel setting scuola si intende:

- 2022-25: realizzare almeno un'iniziativa di formazione congiunta a livello regionale sul tema dell'equità per ogni anno
- 2022-25: inserire le lenti dell'equità nei documenti strategici MI-Sanità
- 2025: avviare almeno un'azione congiunta equity-oriented a livello locale

A livello locale, ogni ASL dovrà porre particolare attenzione all'equità di accesso ai programmi di promozione della salute da essa proposti nel catalogo dedicato alle scuole. Ogni ASL dovrà rilevare la propria situazione in merito, descrivere le azioni messe in campo per correggere eventuali disuguaglianze di accesso (territoriali, per tipologia di scuola, ...) e i risultati prodotti.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	1.8 Promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento all'alimentazione e all'attività fisica, per il contrasto di sovrappeso e obesità nei bambini
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
INDICATORE OS01IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete
INDICATORE OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT05 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT05IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

La sorveglianza Okkio 2019 segnala la persistenza, e in alcuni casi l'aggravamento, in Piemonte di un alto livello di sovrappeso/obesità e di cattive abitudini alimentari e di stili di vita che non favoriscono l'attività fisica. Rispetto ai dati delle raccolte precedenti si evidenzia una diminuzione dei bambini che fanno una colazione adeguata e di quanti consumano 5 porzioni al giorno di frutta e verdura. La percentuale di bambini non attivi ha visto una progressiva diminuzione dal 2008 al 2014. Nel 2019 si rileva una decrescita dopo l'incremento del 2016. Tutti questi rischi diminuiscono con il crescere della scolarità della madre e si sono ulteriormente esacerbati in conseguenza del lockdown e dell'ampio ricorso alla DaD durante la pandemia (<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3616>). La letteratura segnala che gli impatti negativi della pandemia sui bambini sono peggiori nelle fasce più svantaggiate della popolazione. La distribuzione territoriale vede una prevalenza maggiore di bambini sovrappeso/obesi nelle zone est della regione. L'accesso da parte delle scuole agli interventi di promozione della salute proposti dalle ASL è diminuito in tutta la regione nell'ultimo anno a causa della pandemia e presenta disomogeneità territoriali.

Obiettivo dell'azione è quello di aumentare l'accesso degli Istituti Comprensivi ai programmi di promozione di stili di vita salutari (alimentazione e attività fisica) su tutto il territorio regionale e, in particolare, nelle zone con maggiore prevalenza di bambini in sovrappeso e/o obesi. L'azione è condotta con il PL13 "Alimenti e salute" e in sinergia con il PP2 "Comunità attive". Si prevede di:

- 2022: individuare le buone pratiche / i progetti efficaci di promozione di una corretta alimentazione e attività fisica a scuola indirizzati a bambini delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado e alle loro famiglie implementabili in regione Piemonte e inserirli nel documento regionale di pratiche raccomandate e negli analoghi documenti locali;
- 2022-25: realizzare almeno un evento formativo annuale dedicato a operatori sanitari e sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder su pratiche / progetti efficaci di promozione di una corretta alimentazione e attività fisica, con produzione di strumenti per l'implementazione a livello locale.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Contrastare sovrappeso/obesità nei bambini nelle aree della regione a maggiore prevalenza			
DESCRIZIONE: Obiettivo dell'azione è quello di aumentare l'accesso degli Istituti Comprensivi ai programmi di promozione di stili di vita salutari (alimentazione e attività fisica) su tutto il territorio regionale e, in particolare, nelle zone con maggiore prevalenza di bambini in sovrappeso e/o obesi.				
<p>STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO</p> <p>Saranno individuati i territori (distretti/ASL) che in base agli ultimi dati delle sorveglianze presentano le più alte prevalenze di sovrappeso/obesità. Nell'individuazione delle buone pratiche / progetti efficaci sarà posta attenzione preferenziale a quelle che prevedono il coinvolgimento delle famiglie, in particolare delle mamme di bambini più piccoli (infanzia e primo ciclo) con titolo di studio più basso, dato che le sorveglianze evidenziano una maggior prevalenza di comportamenti scorretti fra questi bambini. Gli strumenti di comunicazione per le famiglie saranno realizzati anche in plain language e in versioni semplificate con traduzione a fronte, in modo che possano essere fruiti più facilmente dalle persone con titolo di studio più basso o straniere.</p> <p>Per raggiungere l'obiettivo sarà necessario promuovere attivamente i progetti presso gli Istituti Comprensivi situati nei distretti a più alta prevalenza di sovrappeso/obesità e con stili di vita scorretti. Tutte le azioni saranno condotte in coprogettazione con MI-USR/UST e con Assessorato Istruzione. Saranno coinvolti enti del terzo settore, amministrazioni locali o altri soggetti che condividono la mission (es. associazioni di coltivatori/ produttori locali, ecc.) per il sostegno alla realizzazione dei progetti. Dovrà essere adeguato il sistema informativo al fine di monitorare oltre ai progetti svolti dalle ASL, anche quelli condotti da altri stakeholder che contribuiscono a raggiungere l'obiettivo.</p> <p>Si individuano alcune barriere che potrebbero richiedere l'adeguamento delle azioni: gli Istituti Comprensivi, in base alla propria autonomia, potrebbero non aderire anche se i progetti sono offerti attivamente; il coinvolgimento di altri stakeholder prevede un lavoro preliminare di advocacy e costruzione di obiettivi condivisi; l'alimentazione del sistema informativo richiederà un alto grado di collaborazione degli istituti scolastici.</p>				
ATTORI COINVOLTI	MI-USR/UST, assessorati istruzione e sanità della Regione Piemonte, ASL, Dors, comuni, associazioni e altri stakeholder operanti nel setting scuola			
INDICATORE	<p>Prevalenza di bambini attivi/con dieta corretta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: n di bambini fisicamente attivi/che hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina intervistati / totale bambini intervistati • Standard: aumento entro il 2025 nelle ASL ad alta prevalenza di sovrappeso/obesità • Fonte: okkio e HBSC 			
VALORE ATTESO ANNUALE	2022 –	2023 –	2024 --	2025 aumento nei distretti/ASL ad alta prevalenza di sovrappeso/obesità del numero di bambini attivi e/o che fanno una colazione di metà mattina adeguata
INDICATORE	<p>Plessi di scuole dell'infanzia, primarie o secondarie di I grado raggiunti dai progetti di promozione di una corretta alimentazione e attività fisica a scuola</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: numero di plessi raggiunti dai progetti / totale plessi • Standard: nelle ASL ad alta prevalenza di sovrappeso/obesità, aumento della percentuale di plessi raggiunti dai progetti efficaci di promozione di una corretta alimentazione e attività fisica a scuola • Fonte: ProSa, Okkio 			
VALORE ATTESO ANNUALE	2022 –	2023 il valore si riferisce alla possibilità di raggiungere un maggior numero di plessi scolastici nelle ASL con il più alto numero di bambini sovrappeso o obesi	2024 --	2025 --

3.2 PP02 Comunità attive

3.2.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP02
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Alda Cosola
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale</p> <p>MO1-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia</p> <p>MO1-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità</p> <p>MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane</p> <p>MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità</p> <p>MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute</p> <p>MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,</p> <p>MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor</p>
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<p>MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina • contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol • riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà • contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile • riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato • aumento del consumo di frutta e verdura • prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) <p>MO1LSk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health literacy, empowerment ed engagement), offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività fisica, attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico, attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura</p> <p>MO1LSl Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica</p>

	<p>MO1LSm Implementazione di programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione per un invecchiamento in buona salute e con ridotto carico di malattia e disabilità (empowerment individuale e dei caregiver, stili e ambienti di vita, condizioni e risorse sociali, rete di sostegno e di assistenza, etc.)</p> <p>MO5LSa Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health</p> <p>MO5LSm Interventi di formazione sull'adozione di strategie e interventi per sviluppare la salute costruendo ambienti favorevoli, indirizzati ai Dipartimenti di prevenzione e agli Ordini professionali coinvolti</p> <p>MO5LSn Partecipazione e supporto alla definizione dei piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione della pedonabilità e la ciclabilità per un'utenza allargata</p> <p>MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro</p> <p>MO5LSp Interventi per migliorare le conoscenze e la consapevolezza pubblica sui benefici della biodiversità sulla salute umana, sui benefici allo sviluppo psico-fisico dei bambini nell'interazione con la natura, sulla diffusione di spazi verdi e blu biodiversi, particolarmente nei contesti urbani</p> <p>MO5LSq Definizione/adozione di buone pratiche sanitarie e ambientali integrate per una corretta progettazione, gestione e manutenzione del verde e blu urbani e periurbani</p>
LEA	<p>B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica</p> <p>F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)</p> <p>F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione</p> <p>F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale</p> <p>F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica</p>

3.2.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità e Analisi di contesto

Gli studi di letteratura hanno ampiamente dimostrato che l'attività fisica, e più in generale uno stile di vita attivo (ludico, sociale, culturale, aggregativo...), fanno bene alla salute e al benessere di tutti e a ogni età. L'attività fisica è un fattore di protezione per la qualità della nostra vita, uno dei fattori più importanti per il raggiungimento del benessere psicofisico della persona. Ad esempio, l'attività fisica, rispetto alla Covid-19, migliorando l'efficienza dell'apparato respiratorio e del sistema immunitario, può contribuire a ridurre il rischio di contagio, la severità dell'infezione polmonare e il rischio di complicanze nei soggetti con un quadro clinico già critico, oltre a salvaguardare dallo stress da pandemia (*pandemic fatigue*).

L'inattività fisica e la sedentarietà, però, sono comportamenti ancora troppo presenti nelle giornate di bambini, adolescenti, adulti e over 64 italiani e nello specifico piemontesi.

Uno stile di vita attivo e sostenibile va quindi incoraggiato, promosso e sostenuto nel tempo, quale priorità dei servizi e delle organizzazioni ed enti della comunità territoriale. Questo può avvenire, secondo le raccomandazioni più recenti (ISPAH, 2020), attraverso la costruzione partecipata - con le persone, i gruppi, le amministrazioni, le istituzioni e le comunità stesse - di condizioni di vita e promozione di pratiche salutari che aumentino il benessere e la qualità della vita. Ogni persona dovrebbe poter adottare uno stile di vita attivo adeguato alle proprie capacità e condizioni. Occorre quindi creare, possibilmente insieme con i cittadini/e, opportunità accessibili a tutti. Occorre osservare e rilevare le

risorse già presenti nei territori, ricercando e utilizzando sistemi di rilevazione già, eventualmente, prodotti ed in uso da altri settori o promuovendone la progettazione e implementazione con altri settori (es. turismo, sport, cultura, urbanistica...), recuperando e valorizzando di più, ad esempio, gli spazi pubblici, gli spazi aperti (aree verdi e blu, parchi cittadini, parchi naturali...) per passeggiare e fare attività fisica, praticare sport, per realizzare anche attività culturali e ricreative, rispettando le norme di sicurezza, di accesso e fruizione, necessarie per tutelare la salute nel post emergenza Covid-19. Processi di valorizzazione del capitale umano e sociale dell'associazionismo, patti di collaborazione (Rapporto Labsus, 2015) per il coinvolgimento delle diverse associazioni (sportive, di volontario, informali...) possono aumentare le opportunità per fare attività fisica e/o sportiva con un occhio di riguardo alla qualità e alla tutela degli spazi pubblici e alla concreta universalità del loro utilizzo. La pianificazione urbana e le infrastrutture inoltre determinano quanta attività fisica si svolge ogni giorno, non solo per svago e sport, ma anche per raggiungere il posto di lavoro e la scuola a piedi o in bicicletta.

Promuovere l'attività fisica, uno stile di vita attivo, richiede, quindi, integrazione, intersectorialità e lavoro di squadra anche con i cittadini. È una sfida così importante e così ampia che chiama in causa, ormai da diverso tempo, non solo la sanità, ma anche i settori dell'istruzione, della pianificazione urbanistica e del territorio, del mondo del lavoro, dello sport e del tempo libero, della cultura, del turismo, la comunità tutta.

Il profilo di salute del PP2 attinge alle seguenti fonti: Report SEpi, PASSI, Passi D'Argento, OKkio alla Salute, HBSC, ISTAT.

Primi 1000 gg di vita (si veda il PL11 Primi 1000 giorni)

Si sottolinea l'importanza delle offerte attive per la promozione dell'attività fisica, organizzate con collaborazioni intersectoriali con Comuni, operatori sociali (es. Centri per la Famiglia) e terzo settore e promosse e veicolate dagli ambulatori di qualità e a bassa soglia (come i consultori familiari): per facilitarne l'accesso anche alle donne socio-economicamente svantaggiate (l'età media delle donne che hanno partorito nel 2019 è di 32 anni, circa il 33% delle madri ha un titolo di studio pari alla scuola dell'obbligo o titolo professionale; circa il 40% non ha un'occupazione retribuita - Nascere in Piemonte, 2019); per far conoscere e fornire servizi e opportunità di benessere/salute culturalmente competenti e accettati; per favorire l'accesso e la qualità delle prestazioni dedicate al miglioramento della salute anche delle donne migranti, durante la gravidanza e non solo.

Bambini e adolescenti (si veda anche il PP1 Scuole che promuovono salute)

Bambini. Sovrappeso e obesità sono fenomeni ancora rilevanti in Piemonte: i bambini in sovrappeso sono il 18,5% e quelli obesi sono il 7% (OKkio alla Salute, 2019). Si mette in evidenza l'ampio spazio di miglioramento nel favorire abitudini quotidiane di movimento, in particolare nella mobilità casa-scuola e nel tempo extra-scolastico, affinché possa diventare un modo quotidiano di muoversi in modo sicuro e sostenibile.

Adolescenti. Il 28,3% dei 15enni dichiara di svolgere attività sedentarie (TV, schermi, ecc) più di 2 ore al giorno (HBSC, 2018). Il 10% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, il 54% riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana, ma risulta che l'attività fisica sia svolta in prevalenza dai maschi. Rimane una gap nei confronti del genere femminile che fa meno attività fisica. Resta la criticità di conoscere le opportunità per i giovani, al di fuori della scuola, in particolare quelle pubbliche, ad accesso libero.

Adulti (età 18-74)

Gli adulti piemontesi sono 3.083.870 (PISTA, 2019 - 71% della popolazione generale) e con un'eguale distribuzione tra maschi e femmine.

Le persone adulte sedentarie sono il 29,9% (PASSI, 2016-19), valore migliore rispetto a quello nazionale (35%). Sopra i 65 anni il dato è di 35,4%, simile al valore nazionale.

All'interno della popolazione adulta gli over 65 rappresentano il 25,7% (Italia 23%, ISTAT): rappresentano un quarto della popolazione e sono più numerosi rispetto alla popolazione italiana. Aumenta progressivamente la quota di persone con più di 65 anni che vivono sole.

Dai dati PASSI 2016-19 emerge che in Italia una piccola quota di adulti (il 6%, in Piemonte il 6,9%) riferisce sintomi depressivi e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 16 giorni (valore simile in Piemonte) nel mese precedente l'intervista. Fra queste persone, oltre alla salute

psicologica, anche quella fisica risulta decisamente compromessa: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi ha vissuto mediamente 10 giorni (9 in Piemonte) in cattive condizioni fisiche (vs 2 giorni riferiti dalle persone libere da sintomi depressivi) e 8 (6 in Piemonte) con limitazioni alle abituali attività quotidiane (vs meno di 1 giorno riferito dalle persone senza sintomi depressivi). I sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età (sfiorano l'8% fra i 50-69enni), nella popolazione femminile (7%), tra le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (14% in chi riferisce molte difficoltà economiche) o per bassa istruzione, tra chi non ha un lavoro regolare continuativo (8%), fra chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica (13%) e fra chi vive da solo (8%). Solo il 61% (63,6% in Piemonte) degli intervistati che riferiscono sintomi depressivi ricorrono all'aiuto di qualcuno, rivolgendosi soprattutto a medici/operatori sanitari. I dati collocano la popolazione piemontese sostanzialmente nella media italiana, alcune regioni hanno dati migliori (es. Campania, Calabria). Tutti questi dati inoltre sono relativi al periodo pre-pandemia Covid-19, che molto probabilmente ha peggiorato la situazione.

Cresce il livello di istruzione negli adulti (63,2% ha titolo superiore in Piemonte nel 2019) e si mantiene sul 7,7% (2019) il tasso di disoccupazione nella popolazione in età lavorativa (Profilo di salute piemontese, 2021).

Un altro elemento importante da approfondire è la mobilità quotidiana della popolazione. In Italia più della metà dei residenti si sposta ogni giorno per studiare o lavorare, quasi 13 milioni di persone si spostano quotidianamente dal proprio Comune di residenza per studio o lavoro. Conoscere esigenze e abitudini delle persone che vivono in Italia è fondamentale per programmare i servizi sul territorio. Grazie ai censimenti ISTAT, sappiamo che rispetto al 2011 sono aumentate le persone che ogni giorno si spostano verso un Comune diverso da quello in cui vivono per andare a studiare (3,3 punti percentuali in più) o lavorare (2,6 punti percentuali). In Piemonte il 52,3% della popolazione residente si sposta per studio o per lavoro (ISTAT 2019).

Adulti (over 75 anni)

L'indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione con oltre 64 anni e quella con meno di 15), è in Piemonte nel 2019 pari a 208,6 (Italia: 175,7; Profilo di salute piemontese, 2021). Nonostante l'incremento dell'indice di invecchiamento regionale sia attenuato dalla quota di immigrati dall'estero, appartenenti per lo più a fasce di età giovani, la popolazione piemontese risulta più anziana di quella nazionale. La stessa situazione si ripresenta tra i grandi anziani, che sono il 4,2% (Italia 3,6%).

Nonostante si invecchi meglio, aumenta la percentuale di persone con più malattie croniche: si è passati dal 38,3% di persone con almeno una malattia cronica grave nel 2010 al 41,5% nel 2019.

Attualmente non sono disponibili dati piemontesi aggregati che ci permettano di conoscere la situazione familiare e l'isolamento geografico in particolare degli anziani e dei grandi anziani. Sarebbe auspicabile poter misurare e conoscere la quota di persone che vivono sole al proprio domicilio (single, divorziati, vedovi) e la collocazione geografica delle abitazioni per conoscere la vicinanza ai servizi e alle opportunità presenti sul territorio.

Dai dati Passi d'Argento raccolti nel quadriennio 2016-2019 si stima che 13 (5 in Piemonte) ultra 65enni su 100 soffrono di sintomi depressivi e percepiscono compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 19 giorni (valore simile in Piemonte) nel mese precedente l'intervista. Fra queste persone, oltre alla salute psicologica, anche quella fisica risulta decisamente compromessa: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi ha vissuto mediamente 17 (16 in Piemonte) giorni in cattive condizioni fisiche (vs 2 giorni riferiti dalle persone libere da sintomi depressivi) e circa 14,5 (12,6 in Piemonte) con limitazioni alle attività quotidiane abituali (vs meno di 1 giorno riferito da persone senza sintomi depressivi). Nel complesso, a livello italiano, la percezione della propria salute risulta compromessa e la gran parte di loro riferisce di sentirsi "male o molto male" (45%) o appena "discretamente" (47%). I sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età (raggiungono il 22% dopo gli 85 anni), nella popolazione femminile (17% vs 9% negli uomini), tra le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (31% in chi riferisce molte difficoltà economiche vs 8% di chi non ne riferisce) o per bassa istruzione (17% fra coloro che hanno al più la licenza elementare vs 8% fra i laureati), tra chi vive solo (16%) e fra le persone con diagnosi di patologia cronica (26% in chi riferisce

due o più patologie croniche vs 7% di chi non ne ha). Una discreta quota di persone con sintomi depressivi (26%, in Piemonte 21,5%) non chiede aiuto, chi lo fa si rivolge ai propri familiari/amici (23%) o a un medico operatore sanitario (17%) e nella maggior parte dei casi (34%) a entrambi, medici e persone care. I dati collocano la popolazione piemontese nella media italiana, alcune regioni hanno dati migliori (es. Provincia di Bolzano, Basilicata, Molise). Tutti questi dati inoltre sono relativi al periodo pre-pandemia Covid-19, che molto probabilmente ha peggiorato la situazione.

Altrettanto significativo sarebbe conoscere l'utilizzo che gli ultra-65enni fanno dei servizi di riabilitazione funzionale afferenti ai servizi sanitari. In merito alle attività di esercizio-terapia e di attività fisica adattata è importante infatti conoscere l'attuale utilizzo di servizi e la loro appropriatezza.

Nella società provata dall'emergenza sanitaria e dalla convivenza con il Covid-19, la Sanità Pubblica, nelle politiche di prevenzione e promozione della salute, e il terzo settore (Manifesto Casa della comunità, 2021 <https://www.primalacomunita.it/manifesto-casa-della-comunita/>) concordano sulla necessità di riconoscere alle comunità locali un ruolo attivo nel gestire le conseguenze della pandemia (es. disturbi post traumatici, long covid, pandemic fatigue) e nel 'ritornare' a sostenere l'adozione di stili di vita salutari nella popolazione generale e nei gruppi più vulnerabili e svantaggiati (Laverack, 2021). L'attività fisica è una delle più potenti pratiche salutari per rispondere a queste nuove necessità e bisogni: non solo nella promozione del benessere fisico e mentale del singolo, dei gruppi e delle comunità locali, ma anche nel riportare ad un livello accettabile la qualità della vita di tutti a ogni età.

Gli studi di letteratura hanno ampiamente dimostrato che stili di vita attivi riducono il rischio di molte patologie croniche da diabete, ipertensione, osteoartriti e malattie cardiovascolari a diversi tipi di tumore e fino alle stesse infezioni.

Inoltre sappiamo che svolgere ogni giorno attività fisica, d'intensità moderata e vigorosa, migliora l'efficienza dell'apparato respiratorio e del sistema immunitario, può contribuire a ridurre il rischio di contagio di Covid-19 - la severità dell'infezione polmonare e il rischio di complicanze nei soggetti con un quadro clinico già critico -, potenzia la risposta dell'organismo al vaccino e salvaguarda dallo stress da pandemia.

La pandemia da Covid-19 ha evidenziato quanto, specialmente nei contesti urbani, la presenza e l'uso di spazi esterni - accessibili, attrezzati e sicuri - con aree verdi e blu, sia essenziale per svolgere attività fisica all'aperto, salvaguardare la salute e il benessere e garantire una qualità della vita migliore. Vi sono prove di efficacia a supporto della relazione tra presenza di natura nelle aree urbane e aumento della pratica dell'attività fisica con effetti positivi sulla salute pubblica (OMS, 2017). Tutti i gruppi di popolazione possono beneficiare e contribuire alle misure riguardanti le aree verdi e blu urbane, perché appartengono all'ambiente costruito, ma sono importanti soprattutto per i gruppi svantaggiati dal punto di vista socio-economico o residenti in zone poco servite, che spesso hanno un minore accesso a spazi verdi di qualità (OMS, Investire sul patrimonio del verde urbano, 2017; ISS, corso FAD Natura è Benessere: dalla parte dei bambini, 2019).

Secondo il Piano d'azione globale per l'attività fisica 2018-2030 dell'OMS, occorre rendere la società attiva (norme e comportamenti sociali) e coinvolgerla nella progettazione gestione per migliorare la qualità degli ambienti di vita (spazi e luoghi) e nella gestione dei sistemi di governo (governance, politiche e collaborazioni intersettoriali) perché le persone di ogni età, nel rispetto delle capacità di ciascuno, scelgano quotidianamente di essere attive.

La Società Internazionale per l'attività fisica e la salute (ISPAH), a seguito della Carta di Toronto (2010), indica ai decisori, politici e amministrativi, 8 investimenti prioritari per promuovere l'attività fisica (2020). Il PP02 del PRP si ispira in particolare all'ultimo investimento: implementare programmi di comunità che coordinano azioni di advocacy, comunicazione, formazione e di progettazione partecipata intersettoriale. Perché promuovere uno stile di vita attivo richiede integrazione e lavoro di squadra. È una sfida così importante e ampia che chiama in causa, da diverso tempo, non solo la sanità, ma anche tanti altri settori (istruzione, pianificazione urbanistica e territoriale, lavoro, sport e tempo libero, cultura, comunicazione e mass-media...), la comunità e la società tutta. Questi settori sono chiamati in causa negli

altri sette investimenti raccomandati e trovano nell'ottavo investimento, programmi comunitari, il volano della trasformazione sociale.

La sfida è attivare processi di valorizzazione del capitale umano e sociale dell'associazionismo e dei patti di collaborazione per il coinvolgimento delle diverse organizzazioni del terzo settore e dei gruppi/reti informali: ciò permetterà di aumentare le opportunità per fare attività fisica e/o sportiva e nel contempo migliorerà la qualità e tutela degli spazi pubblici e alla concreta universalità del loro utilizzo. La finalità è lavorare insieme per valorizzare di più gli spazi pubblici e aperti (aree verdi e blu, parchi cittadini, parchi naturali, ...), per passeggiare e fare attività fisica, praticare sport, incentivare la walkability e le attività culturali e ricreative che favoriscano il movimento e la risocializzazione, rispettando le norme di sicurezza, di accesso e fruizione, necessarie nel periodo di convivenza con il Covid-19.

Nel precedente PRP una delle azioni sviluppate dalle ASL piemontesi è stata un'azione di advocacy nei confronti delle Amministrazioni Comunali per verificare con loro interesse e disponibilità ad impegnarsi, a sostenere i principi e ad attuare le raccomandazioni proposte dalla Carta di Toronto sulla promozione dell'attività fisica: attualmente i Comuni che hanno aderito e sottoscritto la Carta sono circa 55 (su 1.181). I Comuni si sono impegnati nella creazione/rafforzamento di reti tra i diversi portatori di interesse (ASL, Amministrazioni Comunali, Associazioni, gruppi informali), e in una maggior definizione/attuazione di interventi/progetti intersettoriali. Con questi Comuni, e futuri, sarà possibile sviluppare un confronto e individuare degli impegni, nell'ambito di un accordo, per interpretare e rinforzare a livello locale gli 8 investimenti per l'attività fisica.

Accanto a questo impegno strategico vi è stato un aumento dell'offerta dei gruppi di cammino (GdC) distribuita su tutto il territorio regionale e della partecipazione della popolazione target. A giugno 2021 risultano circa 137 GdC in 83 Comuni, sensibilmente diminuiti rispetto agli anni precedenti alla pandemia. La maggior parte dei GdC, negli anni, ha utilizzato strumenti di valutazione (registro presenze, questionario IPAQ, questionario di gradimento, ...), messi a disposizione dal Centro di Documentazione DoRS e dalla Rete Attività fisica Piemonte (RAP), per valutare processo e esito degli interventi. I partecipanti hanno dichiarato che quest'attività è gradita, si sentono meglio fisicamente e psicologicamente, hanno aumentato il cammino nella vita di tutti i giorni ed è migliorata la loro consapevolezza dei livelli personali di attività fisica praticata.

Nel periodo dell'emergenza sanitaria da Covid-19, in cui si sono sospesi i GdC a causa dei provvedimenti restrittivi per fronteggiarla, le ASL hanno mantenuto i contatti con i partecipanti per sostenerli durante l'isolamento e per suggerire delle attività per mantenersi attivi in casa, utilizzando opportunità e idee offerte da dispositivi elettronici, APP, attività on-line. ASL e Amministrazioni Comunali si sono, poi, attivate per far ripartire, appena possibile, in sicurezza, i GdC definendo comportamenti protettivi.

Durante la pandemia le ASL hanno saputo ri-orientare o proporre nuovi progetti e azioni di promozione della salute e dell'attività fisica, per rispondere alle criticità derivate dall'epidemia e supportare operatori e destinatari degli interventi (https://www.dors.it/pagina_singola.php?idpagina=45). Tra questi, a titolo esemplificativo, citiamo i GdC con pazienti psichiatrici del progetto Montagnaterapia (ASL CN1) e le camminate culturali del progetto Vallicare con la partecipazione attiva di tre Comuni delle valli torinesi (ASL TO3). Interventi e progetti locali sono rendicontati e documentati nelle relazioni dei Piani Locali di Prevenzione (PLP) (<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/risultati-dei-piani-locali-prevenzione-2020>) e nella banca dati Pro.Sa. (<https://www.retepromozionesalute.it/>).

Questi progetti sono stati realizzati e sviluppati in una parte dei 1.181 Comuni del Piemonte (circa il 13% in epoca pre-Covid-19), che per numerosità è secondo alla Lombardia (1.506 Comuni) e seguito dal Veneto con un numero meno consistente di Comuni (563). Quasi mille Comuni piemontesi sono sotto i 5.000 abitanti. Circa 530 Comuni sono situati nel territorio montano, che rappresenta un terzo del territorio piemontese. La numerosità dei Comuni e la loro variabilità per dimensione e collocazione necessita di strategie ad hoc per garantire un'equità di proposta e sostegno, anche considerata la riduzione di operatori sanitari dedicati. Sono necessari investimenti in risorse umane, formazione, in un'ottica di capacity building, per poter raggiungere e coinvolgere le comunità locali con equità.

Il periodo epidemico, pur nella sua criticità, ha visto un aumento significativo dell'utilizzo dei media 'tradizionali' e digitali (facebook, youtube, whatsapp, ...) per diffondere messaggi, informazioni, opportunità per promuovere uno stile di vita attivo. Su questo fenomeno sarà importante investire per raggiungere nuovi gruppi di popolazione.

Un ruolo centrale di sostegno delle politiche locali di promozione della salute e dell'attività fisica sarà dato, nell'ambito della riorganizzazione e rafforzamento dei servizi territoriali dell'ASL, dalla costituzione delle Case di Comunità e dagli investimenti sulle cure primarie previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Si tratta di luoghi, spazi e servizi dove la salute va oltre l'erogazione delle prestazioni sanitarie, concepite tradizionalmente, ma attraverso la partecipazione della comunità locale e il dialogo tra le Amministrazioni Comunali e l'ASL si possono attivare processi per raggiungere anche i più fragili e le persone più svantaggiate attraverso la valorizzazione delle tante risorse presenti nei singoli territori.

Esistono opportunità e risorse spendibili a livello comunale che possono sostenere l'attività fisica e lo sport: l'ANCI nazionale e regionale sostiene azioni per lo sport rivolte ai giovani su tre assi – inclusione, salute e sviluppo territoriale; la Società Sport e Salute sostiene le Amministrazioni Comunali con bandi relativi a sport nei parchi, nei quartieri e nelle periferie e con una mappatura di strutture sportive e aree destinate all'attività fisica, pubbliche e private, presenti; la Compagnia di San Paolo e la Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo propongono bandi per l'attività fisica e sportiva all'aperto.

Vi sono ormai consapevolezza ed evidenze che occorre dare rilievo al patrimonio culturale e sociale delle comunità, dialogare costantemente tra settori e organizzazioni per condividere un nuovo paradigma del prendersi cura e ricomporre visioni e azioni in un'ottica salutogenica non solo delle prestazioni socio-sanitarie, ma anche della qualità di vita data dagli ambienti fisici e dal contesto sociale.

Le azioni locali descritte precedentemente, e realizzate dalle ASL nell'ambito dei PLP, sono state sostenute da azioni di livello regionale previste nel precedente PRP con il Programma 2. Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di vita:

- attività di supporto per facilitare l'adozione di un modello intersettoriale e di messa a sistema di azioni per l'avvio e lo sviluppo di programmi e progetti con la comunità locale per promuovere uno stile di vita attivo. DoRS e RAP hanno scritto, con e per i decisori, la guida *Quando i Comuni promuovono l'attività fisica* (www.dors.it/documentazione/testo/201809/2018_LineeGuida_CToronto.pdf) che offre raccomandazioni operative - azioni, vantaggi, strategie,... - per aderire ai principi e al modello d'azione proposti dalla Carta di Toronto (ISPAH, 2010) e ai documenti conseguenti (www.dors.it/documentazione/testo/201202/CartaToronto_Investimenti_completa_web.pdf; https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk_italian_DEF.pdf; https://www.dors.it/documentazione/testo/202104/Italian-Eight-Investments-That-Work_FINAL.pdf)
- attività di sostegno, sviluppo e valorizzazione dei progetti locali che sono diventati una risorsa per gli abitanti dei territori, in particolare i GdC rivolti a adulti, over 64 e a target specifici di popolazione (ad esempio gestanti, neo mamme, famiglie con bambini 0-2 anni). DoRS e RAP, partendo dalle esperienze delle ASL, hanno elaborato il vademecum *I gruppi di cammino in Piemonte. Progettare e valutare un percorso comune* (www.dors.it/documentazione/testo/202007/Vademecum_220720.pdf) che offre una guida per realizzare un progetto di promozione della salute con la comunità, incentrato sui gruppi di cammino per promuovere l'attività fisica
- messa a disposizione di materiali documentali e comunicativi e di strumenti per sviluppare l'empowerment e mantenere viva l'attenzione della popolazione sull'importanza di uno stile di vita attivo valorizzando la Giornata Mondiale dell'Attività Fisica (6 aprile). Si citano, ad esempio, le risorse messe a disposizione nel 2020, in piena pandemia, per mantenersi attivi nelle proprie abitazioni, per fasce di età, per chi lavora in smart working e per chi vive in condizioni considerate a rischio e di vulnerabilità (<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3383>; <https://www.dors.it/page.-php?idarticolo=3462>).

Obiettivi e azioni del PRP sono condivisi dai referenti locali del PP2 e dalla RAP, tengono conto di quanto si sta realizzando attualmente nei territori (ricognizione giugno 2021) e sono in continuità con quanto fatto con il precedente PRP e in linea con il profilo di salute ed equità.

Si svilupperanno sinergie e collaborazioni con gli altri Programmi del PRP 2020-2025, in particolare con: PP1, PP3, PP5, PP9, PL11, PL12, PL13.

3.2.3 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il Programma mira a promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età per contribuire al controllo delle MCNT e ridurre le complicanze. Per raggiungere l'obiettivo complessivo dell'adozione di corretti stili di vita, va facilitato il coinvolgimento delle persone con disabilità, quelle portatrici di disagio psichico o disturbo mentale, quelle che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità, solitamente meno attive e più difficili da raggiungere e coinvolgere.

In accordo alle *Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione - Accordo Stato-Regioni 7 marzo 2019*, nell'ottica di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT, il Programma prevede lo sviluppo di strategie multisettoriali volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche, ambientali, sviluppando anche interventi per creare contesti ed opportunità favorevoli all'adozione di uno stile di vita attivo.

Tali strategie, pertanto, sono finalizzate a:

- coinvolgere il più ampio e qualificato numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli diversi, con particolare riguardo agli enti locali (Comuni e municipalità) quali *super-setting* in cui gli altri convergono;
- favorire una programmazione condivisa fin dall'inizio dei processi, con chiarezza degli obiettivi e delle responsabilità, costruendo convergenze programmatiche e alleanze di scopo su obiettivi condivisi;
- rafforzare l'attenzione sulle disuguaglianze, non solo di natura economica e sociale, ma anche in relazione ad aree di residenza, livelli di istruzione, genere, fragilità e disabilità;
- incentivare interventi di formazione comune rivolti ai professionisti di tutti i settori coinvolti, per lo sviluppo di adeguate competenze, per comprendere e condividere le motivazioni dell'agire di tutti i soggetti coinvolti;
- sensibilizzare la popolazione sull'importanza di uno stile di vita attivo e dello sport come strumento per il benessere psico-fisico;
- coinvolgere le persone e le comunità per favorire l'acquisizione di autonomia e proattività nella gestione della salute e del benessere (*engagement*).

Il Programma si rivolge alle fasce di età Bambini e Adolescenti, Adulti e Anziani, così come individuate nelle Linee di indirizzo sopra citate e si articola quindi nello sviluppo di:

- a) interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali;
- b) interventi sulla popolazione sana, sedentaria o non sufficientemente attiva, promuovendone il movimento in setting specifici (scolastico, lavorativo e di comunità), sia nella quotidianità che in occasioni organizzate;
- c) interventi sulla popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani), anche attraverso programmi di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA);

d) azioni di comunicazione, informazione e formazione, rivolti sia alla popolazione che agli operatori sanitari.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Inattività fisica e sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche ed impediscono un invecchiamento in buona salute, con un impatto maggiore nelle aree e nei gruppi di popolazione più svantaggiati. Attività ed esercizio fisico non solo contribuiscono in ogni età a migliorare la qualità della vita, ma influiscono positivamente sulla salute, sul benessere e sull'adozione di altri stili di vita salutari, anche attraverso processi di inclusione ed aggregazione nella società. Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria che tuttavia necessita di strategie integrate che tengano conto del peso dei determinanti economici e politici di settori quali la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, l'economia, lo sport e la cultura e coinvolgano, quindi, il più ampio numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli.

La promozione dell'attività fisica, secondo le raccomandazioni OMS, si propone di favorire uno stile di vita attivo che consenta di ottenere benefici significativi e diffusi nella popolazione. L'esercizio fisico permette di ottenere infatti risultati specifici a livello individuale, sia nei soggetti sani che in quelli affetti da patologie croniche, migliorando in entrambi il livello di efficienza fisica e benessere.

1. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*- World Health Organization 2018 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
 2. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. Geneva: World Health Organization; accessed 12 June 2015 <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
 3. *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025 –OMS* <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>
 4. Documento programmatico "Guadagnare salute". DPCM 4 maggio 2007 –Ministero della salute http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf
 5. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 - Ministero della salute http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
 6. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza - LEA (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 *Supplemento ordinario n.15*).
- Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione - Accordo Stato-Regioni 7 marzo 2019

Declinazione a livello regionale del Programma

Il Programma Predefinito (PP 02) Comunità Attive ha come setting la comunità e quindi ha come destinataria l'intera popolazione che risiede, vive, lavora in uno specifico territorio, nelle diverse fasce di età. Gli obiettivi sono tesi a:

- promuovere e sostenere l'adozione consapevole e competente (health literacy) di uno stile attivo da parte delle persone, attraverso processi partecipativi (engagement ed empowerment), sia a livello del comportamento individuale sia a livello di responsabilità collettiva con la trasformazione sociale della comunità di appartenenza;
- fare azioni di advocacy, capacity building e lavoro di rete per la promozione della salute e del benessere attraverso l'attività fisica e le altre attività socializzanti (es. ricreative, culturali, sociali...) nei confronti dei decisori locali (es. Amministrazioni Comunali) e dei portatori di interesse (es. Terzo Settore, gruppi informali).

Le azioni del programma Comunità Attive prevedono come modello di intervento il coinvolgimento attivo (engagement ed empowerment) dei cittadini, dei gruppi e delle reti (es. vicinato), degli Enti Locali, del Terzo settore, della scuola, delle imprese e di tutti i diversi attori sociali, formali ed informali, della

comunità locale nelle fasi di progettazione, realizzazione e valutazione delle politiche e delle azioni proprie del programma.

Il PP Comunità Attive va visto come la piazza, il luogo per eccellenza dove si riunisce la comunità. Quindi rappresenta il luogo dove si connettono quasi tutti gli altri programmi del piano di prevenzione: la scuola, il lavoro, i servizi al cittadino, l'ambiente urbano e naturale, la sicurezza, la sanità... tutti affacciano sulla piazza e lì si intersecano e collaborano. Il PP Comunità Attive ha una forte sinergia e una connessione con quasi tutti gli altri programmi per l'importanza delle comunità come luogo di vita.

In Regione Piemonte è forte l'attenzione e la valorizzazione delle realtà sociali e istituzionali del territorio. Nel precedente Piano di Prevenzione 2014-2019 si è molto investito nel dialogo e confronto, secondo le raccomandazioni della Carta di Toronto (ISPAH, 2010), con i Comuni e le municipalità per fare advocacy, costruire collaborazioni e alimentare la fiducia tra le persone che abitano nei territori. Durante la pandemia è risultato evidente che le azioni messe in campo dai Comuni, per aumentare la resilienza tra i cittadini, sono state maggiori in quei Comuni che avevano maturato una cultura partecipata di Salute in tutte le politiche.

Per quanto concerne il miglioramento degli stili di vita, ci sono ancora ampi margini di miglioramento su tutti gli ambiti, ma se analizziamo in particolare i dati relativi agli impatti dell'inattività fisica, emerge che:

- 2 persone adulte su 5 in Piemonte sono sovrappeso o obese
- 3 persone su 10 sono sedentarie.

Molto spesso si tratta di donne, adulte e anziane, che vivono in condizioni di svantaggio culturale, sociale ed economico, abitano da sole, con una scarsa qualità di vita e presentano patologie e in particolare patologie croniche, con un alto consumo di servizi e di farmaci. Sono le donne inoltre che durante la pandemia da Covid-19 hanno pagato il prezzo più alto in salute e benessere per la perdita o la forzata rinuncia al lavoro, per l'aumentato carico familiare dovuto alla gestione dei figli e della scuola a distanza, dei disabili, costretti maggiormente a rimanere al domicilio, per l'aumento di violenze intra familiari, diventate manifeste a causa del lockdown.

Il profilo di salute ha fornito un quadro puntuale dello stato di salute della popolazione piemontese, ha indicato priorità e ambiti specifici su cui orientare le azioni del piano regionale. L'attenzione deve quindi andare oltre il concetto di salute fisica e puntare al benessere delle persone, con una forte attenzione al ben-essere psicologico e sociale e con particolare attenzione alle persone che vivono una patologia o hanno diseguali opportunità per il proprio benessere.

È con queste premesse che occorre guardare al programma 2 Comunità Attive.

La Regione Piemonte non intende darsi obiettivi settoriali, bensì promuovere una vita attiva come strategia di trasformazione sociale, attraverso un coinvolgimento attivo delle persone a qualsiasi età della vita, dei gruppi a cui appartengono e delle realtà territoriali (reti formali e informali, enti e istituzioni, terzo settore), sia promuovendo un empowerment individuale per il cambiamento dello stile di vita, sia attraverso l'empowerment di comunità per sostenere il supporto sociale, incrementare il capitale sociale e migliorare gli ambienti di vita attraverso progettazioni partecipate. Premessa ed innesco di questo lavoro di comunità è la costruzione di accordi intersettoriali, regionali e locali, e la mappatura partecipata delle risorse strutturali, ambientali e sociali, già presenti, che potrebbero essere rese sia disponibili su piattaforme sia accessibili anche attraverso modalità di "prescrizione sociale" (MEAM, 2020) da parte degli operatori sanitari e sociali.

Inoltre, il Piemonte intende dotarsi di modalità e strumenti innovativi, qualche volta sfidanti, per raggiungere gli obiettivi, in cui le persone siano avvicinate ai temi della salute e del movimento attraverso la cultura, le arti, in particolare le arti performative.

Il programma Comunità Attive, oltre al coinvolgimento, alla collaborazione intersettoriale e alla mappatura partecipata prevede azioni formative sulle strategie di advocacy, capacity building e lavoro di rete sia per gli operatori sanitari sia per quelli di altri settori e i cittadini e sul counseling motivazionale per gli operatori socio-sanitari. Inoltre, le azioni di messa a sistema dei Gruppi di Cammino e dell'attività fisica personalizzata e prescritta (AFA e EFA) sono in continuità con il PNP precedente. L'azione equity-oriented infine prevede di individuare un contesto sociale definito (Comune o parte di esso, Distretto o parte di esso, quartiere, borgata, ecc.), considerato più svantaggiato, secondo criteri condivisi, per sviluppare azioni partecipate di progettazione/valutazione e realizzazione pratica di interventi finalizzati a

ridurre la sedentarietà e migliorare la pratica dell'attività fisica, del movimento e degli ambienti naturali e la qualità di vita delle persone che lo abitano.

Si svilupperanno sinergie e collaborazioni con gli altri Programmi del PRP 2020-2025, in particolare con: PP1, PP3, PP5, PP9, PL11, PL12, PL13. La connessione è particolarmente forte con i PP5 e PP9 per l'attenzione all'ambiente, naturale e urbano, sia come spazio pubblico di cui riappropriarsi (parchi, piazze, ecc.), sia per la evidente relazione esistente tra natura e benessere, sia per l'importanza di favorire ambienti di vita e di lavoro (scuola e lavoro) in cui sia fortemente sostenuta l'abitudine a muoversi in modo sostenibile nei tragitti per raggiungere il luogo di lavoro.

Per sostenere e realizzare tutte queste azioni è importante per il Piemonte migliorare le competenze dei Referenti aziendali per la promozione della salute, in particolare per quanto riguarda l'advocacy, il capacity building e il lavoro di rete, anche considerata la carenza di operatori sanitari dedicati alla promozione della salute e il pensionamento di quelli esperti. A titolo di esempio, il programma Comunità Attive prevede, come indicatore certificativo, il raggiungimento del 50% entro il 2025 dei Comuni Piemontesi (in totale sono 1.181) che sviluppano iniziative per l'attività fisica per quattro differenti fasce di età. Nel precedente piano è stato possibile raggiungere - in epoca pre-Covid - circa 90 Comuni (13%), in cui non tutte le fasce di età erano state coinvolte in interventi. Questo scarto di performance critico può essere colmato solo con una maggiore propensione professionale e una riorganizzazione dei servizi per permettere agli operatori sanitari di lavorare come facilitatori di processi (anche valutativi), e non come gestori diretti di interventi, e con maggiori investimenti regionali e nazionali sulle risorse professionali dedicate alla prevenzione e promozione della salute.

3.2.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PP02_OT01	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati			
INDICATORE PP02_OT01_IT01	Accordi intersettoriali			
formula	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder			
Standard	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022			
	2022	2023	2024	2025
	almeno 1 Accordo regionale	-	-	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP02_OT02_IT02	Formazione intersettoriale			
formula	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder			
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022			
	2022	2023	2024	2025
Valore annuale atteso	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PP02_OT04	Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti			
INDICATORE PP02_OT04_IT03	Formazione sul counseling breve			
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sul counseling breve			
Standard	Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo	realizzazione di almeno 1 intervento di formazione	realizzazione di almeno 1 intervento di formazione	realizzazione di almeno 1 intervento di formazione
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PP02_OT05	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder			
INDICATORE PP02_OT05_IT04	Comunicazione ed informazione			
formula	Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione ed informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder			
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022			
Valore atteso annuale	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PP02_OT06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate			
INDICATORE PP02_OT06_IT05	Lenti di equità			
formula	Adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021			
Fonte	Regione			

3.2.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PP02_OS01	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali			
PP02_OS01_IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età			
formula	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) x 100			
Standard	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025			
	2022	2023	2024	2025
	--	20% dei comuni	--	50% dei comuni
Fonte	Regione			
INDICATORE PP02_OS01_IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)			
formula	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) x 100			
Standard	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025			
	2022	2023	2024	2025
	--	50% ASL	--	100% ASL
Fonte	Regione			

3.2.6 Azioni

TITOLO AZIONE	2.1 Verso una Rete per promuovere uno stile di vita attivo
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	
INDICATORE OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'azione prevede di costruire alleanze e consolidare processi collaborativi, a livello regionale e a cascata a livello locale, con i seguenti portatori d'interesse, come principali partner: Assessorato regionale al Welfare, ANCI, UNCEM, Scuola di Formazione specifica in Medicina Generale, SUISM. L'intento è quello di facilitare, rafforzare e sistematizzare, anche attraverso la condivisione e l'adesione a documenti di advocacy (come ad esempio 'Otto investimenti che funzionano per promuovere l'attività fisica' della Società internazionale per l'attività fisica e la salute - ISPAH - e il 'Manifesto. La salute nelle città: bene comune' dell'Health City Institute), collaborazioni, politiche e azioni intersettoriali e complementari, attente all'equità e al contrasto delle disuguaglianze, per uno stile di vita attivo e sostenibile.

Negli anni di vigenza del PRP 2020-2025 si costituiranno dei tavoli di lavoro con i diversi interlocutori per sviluppare una maggior consonanza di obiettivi tra i diversi settori/attori, il riconoscimento e la valorizzazione delle reciproche competenze e risorse e per realizzare una più fattiva partecipazione nella definizione di interventi e progetti e nella loro realizzazione, gestione e diffusione. La finalità principale sarà condividere e sottoscrivere degli accordi intersettoriali da trasferire e sostenere nelle realtà locali.

La sfida, attraverso quest'azione, è anche attivare processi partecipativi (engagement ed empowerment) di valorizzazione del capitale umano e sociale dell'associazionismo e dei patti di collaborazione per il coinvolgimento delle diverse organizzazioni del terzo settore (associazioni sportive, di volontariato, gruppi informali) per aumentare le opportunità per fare attività fisica e/o sportiva con un occhio di riguardo alla qualità e alla tutela degli spazi pubblici e alla concreta universalità del loro utilizzo.

Quest'azione è correlata, in particolare, con le azioni 'Percorsi informativi e formativi intersettoriali per promuovere uno stile di vita attivo' e 'Una mappa delle opportunità per la pratica dell'attività fisica e/o sportiva e per una mobilità attiva' e si svilupperà in collaborazione con il PP5 e il PP9.

TITOLO AZIONE	2.2 Percorsi informativi e formativi intersettoriali per promuovere uno stile di vita attivo
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
INDICATORE OS01IS01	Programmi di promozione dell’attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari e non sanitari per la realizzazione di attività di sensibilizzazione e per l’attuazione di programmi di attività fisica e/o sportiva adattata all’età	
INDICATORE OT02IT02	Formazione intersettoriale
OBIETTIVO OT05 Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder	
INDICATORE OT05IT04	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L’azione prevede di:

- 1) Progettare e realizzare percorsi di formazione rivolti ai professionisti - sanitari e non - dei diversi settori portatori di interesse, per sviluppare conoscenze e competenze per l’advocacy, il capacity building e il lavoro di rete, a livello regionale e locale, per condividere materiali, strumenti e buone pratiche e acquisire modalità comuni di lavoro per la promozione di uno stile di vita attivo e salutare.
- 2) Predisporre, pianificare e realizzare azioni e strumenti per l’advocacy, capacity building e il lavoro di rete, veicolati attraverso differenti canali di comunicazione, con particolare attenzione all’uso del linguaggio appropriato per i diversi target, secondo le strategie del marketing sociale, con lo scopo di:
 - **MOTIVARE** la popolazione e gli stakeholder attraverso la messa a disposizione dei materiali comunicativi realizzati in occasione della giornata mondiale dell’attività fisica (6 aprile) o altri momenti significativi per la promozione di uno stile di vita attivo
 - **INFORMARE** i cittadini attraverso la messa a disposizione delle mappe dei Gruppi di Cammino e gruppi AFA, consultabili anche online
 - **COMUNICARE** con i decisori attraverso la messa a disposizione di documenti di riferimento, a partire dalla traduzione del documento ISPAH “8 investimenti che funzionano per promuovere l’attività fisica” in un formato dedicato agli stakeholder.

Le suddette attività si svilupperanno negli anni di durata del PRP 2020-2025 in linea con quanto previsto dal Programma.

Quest’azione è correlata, in particolare, con le azioni ‘Verso una rete per promuovere uno stile di vita attivo’, ‘Una mappa delle opportunità per la pratica dell’attività fisica e/o sportiva e per una mobilità attiva’, ‘Raccomandare l’attività fisica, ‘Gruppi di cammino’.

TITOLO AZIONE	2.3 Il counselling per promuovere uno stile di vita attivo
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione al “Counseling motivazionale breve”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti	
INDICATORE OT04IT03	Formazione sul counseling breve
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'azione prevede di rafforzare la formazione di base e continua degli operatori del SSN, inclusi i MMG e i PLS, per accrescere le loro conoscenze e competenze sulla promozione dell'attività fisica data la forte evidenza dei suoi benefici sia per la prevenzione che per la gestione delle malattie. Gli operatori sanitari, nella loro pratica quotidiana, sapranno valutare i singoli casi, stimando il livello di motivazione delle persone e conoscendo le opportunità del territorio più adatte per ogni soggetto, e sapranno fornire consigli brevi e/o di counselling.

Durante il PRP 2020-2025 si organizzeranno percorsi di formazione al counselling motivazionale breve per gli operatori sanitari definiti, se del caso, in collaborazione con gli altri Programmi, predefiniti e liberi, correlati al PP 2 Comunità attive (cfr. Analisi di contesto). Si partirà con il diffondere le opportunità formative a distanza già disponibili sul tema della promozione della salute e di uno stile di vita attivo e sul counselling breve (ad esempio la proposta formativa CCM ISS ‘Opportunità di salute’) per definire poi percorsi più specifici anche sulla base dei bisogni che emergeranno da parte dei destinatari della formazione e dei contesti in cui operano.

Quest'azione è correlata, in particolare, con le azioni ‘Percorsi informativi e formativi intersettoriali per promuovere uno stile di vita attivo’, ‘Una mappa delle opportunità per la pratica dell'attività fisica e/o sportiva e per una mobilità attiva’, ‘Raccomandare l'attività fisica’, ‘Gruppi di cammino’.

L'azione verrà pianificata in coerenza con quanto definito nel PL 12 nell'azione Formazione al counselling motivazionale (nazionale), in modo da sviluppare e migliorare, in modo diffuso e omogeneo su tutta la Regione, le principali competenze al counselling motivazionale.

TITOLO AZIONE	2.4 Raccomandare l'attività fisica
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità	
INDICATORE OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'azione prevede di definire e diffondere a livello regionale un progetto condiviso e validato, in cui siano presenti le indicazioni teoriche, operative e organizzative sia per la diffusione della prescrizione dell'attività fisica personalizzata sulle caratteristiche del singolo, sia per la sua erogazione, attraverso percorsi che garantiscono il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività prescritta. In questo modo si intende offrire risposte ai bisogni delle persone che oggi non trovano adeguata copertura con interventi appropriati e sostenibili.

Una caratteristica peculiare del modello che si intende predisporre è mettere insieme e rendere compatibili due esigenze apparentemente contrapposte: da un lato l'obiettivo di sostenere l'esercizio fisico, prescritto e somministrato come un farmaco (Esercizio Fisico Adattato – E.F.A.) per persone con malattia sensibile a questo trattamento, dall'altro l'esigenza di evitare un'inutile medicalizzazione di problemi non suscettibili di trattamenti sanitari appropriati, attraverso l'Attività Fisica Adattata – A.F.A.

L'azione negli anni di vigenza del PRP 2020-2025 si svilupperà attraverso diverse fasi:

- la costituzione di un gruppo di lavoro regionale, con lo scopo di predisporre un documento specifico sull'A.F.A., a partire dalle diverse esperienze in essere nelle Aziende sanitarie, che è opportuno capitalizzare
- la diffusione a livello territoriale del documento predisposto
- il supporto alle ASL per l'avvio e/o il mantenimento delle attività di E.F.A. e/o di A.F.A.
- l'avvio del monitoraggio e della valutazione delle sudette attività.

Quest'azione, soprattutto per quanto concerne l'E.F.A., si svilupperà in sinergia con il PL 12 'Prevenzione nel setting sanitario e nella gestione della cronicità' ed è correlata, in particolare, con le azioni 'Verso una rete per promuovere uno stile di vita attivo', 'Percorsi informativi e formativi intersettoriali per promuovere uno stile di vita attivo', 'Il counselling per promuovere uno stile di vita attivo', 'Una mappa delle opportunità per la pratica dell'attività fisica e/o sportiva e per una mobilità attiva'.

TITOLO AZIONE	2.5 Gruppi di cammino
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS02 Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità	
INDICATORE OS01_IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'azione intende consolidare e 'modellizzare' sul territorio piemontese, secondo l'ottica dell'empowerment di comunità, l'offerta di Gruppi di Cammino, proposta 'semplice', accessibile e diffusa per la promozione dell'attività fisica per la popolazione adulta 18-64 e in particolare per over 64 e per target specifici (ad esempio gestanti, neo mamme) e per le persone con patologie specifiche (con riferimento al PL12 Prevenzione nel setting sanitario e nella gestione della cronicità).

La diffusione dei Gruppi di Cammino si ottiene rafforzando la collaborazione con Comuni, Circostrizioni, Associazioni, Organizzazioni no profit, gruppi e reti formali e informali... nella consapevolezza che occorre radicare nei territori la capacità di auto-gestione dei Gruppi, quale occasione preziosa per aumentare il numero di persone attive, ma anche importante opportunità di socializzazione e benessere e di valorizzazione del patrimonio ambientale e culturale dei territori.

A livello regionale, con il precedente PRP, è stato predisposto per i gruppi di cammino un Vademecum 'I gruppi di cammino in Piemonte. Progettare e valutare un percorso comune' (https://www.dors.it/documentazione/testo/202007/Vademecum_220720.pdf) (u.a. 21/07/2021), che rappresenta il documento di riferimento per le attività a livello locale.

Quest'azione è correlata, in particolare, con le azioni 'Verso una rete per promuovere uno stile di vita attivo', 'Il counselling per promuovere uno stile di vita attivo', 'Percorsi informativi e formativi intersettoriali per promuovere uno stile di vita attivo', 'Una mappa delle opportunità per la pratica dell'attività fisica e/o sportiva e per una mobilità attiva'.

TITOLO AZIONE	2.6 Una mappa delle opportunità per la pratica dell'attività fisica e/o sportiva e per una mobilità attiva
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS04 Effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti nel territorio e fornire adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione	
INDICATORE IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'azione prevede di mappare e conoscere le attività e le opportunità in essere che favoriscono e facilitano la pratica dell'attività fisica e/o sportiva e una mobilità attiva per le differenti fasce d'età attraverso una ricognizione/analisi degli interventi/progetti settoriali o integrati presenti nei diversi contesti territoriali (Comuni, Circoscrizioni, ...).

La mappatura realizzata attraverso azioni conoscitive (interviste, mappature, analisi delle comunicazioni online, ...) sarà finalizzata a veicolare ai territori le diverse opportunità offerte alla popolazione generale, per ciclo di vita in sinergia, principalmente, con i Programmi predefiniti e liberi del PRP 2020-2025: PP1, PP3, PP5, PP9, PL11, PL12.

La finalità di quest'azione è anche lavorare insieme, attraverso processi partecipativi (engagement ed empowerment), per rendere più accessibili e valorizzare gli spazi pubblici, gli spazi aperti (aree verdi, parchi cittadini, parchi naturali, ...), per passeggiare e fare attività fisica, praticare sport, incentivare la walkability, per realizzare anche attività culturali e ricreative rispettando le norme di sicurezza, di accesso e fruizione, necessarie per tutelare la salute nel post emergenza Covid-19.

Si prevede, per lo sviluppo dell'azione, negli anni di durata del PRP 2020-2025, di:

- attivare un gruppo di lavoro regionale, che vedrà il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, per definire metodi e strumenti con cui realizzare la mappatura delle opportunità per uno stile di vita attivo nei diversi territori (Comuni, Circoscrizioni, Distretti, ...)
- effettuare, in collaborazione con le Amministrazioni locali, la ricognizione e l'elaborazione dei dati raccolti
- costruire, sempre in collaborazione con le Amministrazioni locali, mappe territoriali fruibili dai cittadini che presentino le opportunità/proposte per la pratica dell'attività fisica e/o sportiva e per una mobilità attiva
- individuare le modalità più adeguate per veicolare e diffondere, alla popolazione, le informazioni sulle diverse opportunità (accesso e fruizione).

Quest'azione è correlata con tutte le azioni del Programma.

L'azione risponde all'obiettivo specifico PP02_OS04 "Effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti nel territorio e fornire adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione" e all'indicatore OS01_IS02 "Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)".

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	2.7 Agire sui territori con le lenti dell'equità
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attività di "Ricerca-Azione" finalizzata a processi partecipati, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	Nessun obiettivo indicatore specifico associato
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	OBIETTIVO OT06 Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
INDICATORE OT06IT05	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'azione prevede di individuare un contesto sociale definito (Comune o parte di esso, Distretto o parte di esso, quartiere, borgata, ecc.), considerato più svantaggiato, secondo criteri condivisi, per sviluppare azioni partecipate di progettazione/valutazione e realizzazione pratica di interventi finalizzati a ridurre la sedentarietà e migliorare la pratica dell'attività fisica, del movimento e degli ambienti naturali e la qualità di vita delle persone che lo abitano.

La prima fase del lavoro sarà l'individuazione dei criteri che caratterizzano le comunità locali come "svantaggiate" e che evidenziano marcati aspetti di disuguaglianza.

Nella seconda fase saranno identificate le comunità locali candidabili all'azione a livello di ASL, tenendo conto sia di eventuali altri piani e programmi dell'ASL che agiscono sullo stesso contesto per favorire possibili sinergie, sia delle iniziative, programmi e progetti in corso di sviluppo da parte delle Amministrazioni Comunali. Tra le comunità locali identificate sarà individuata, attraverso una swot analysis con i principali portatori di interesse, una comunità locale con la quale sviluppare la prima azione *equity-oriented*.

Nella terza fase, attraverso un accordo con l'Amministrazione Comunale e i principali portatori d'interesse locali, sarà sviluppato un processo di Ricerca-Azione-Partecipata – secondo il metodo del parallel tracking (Laverack, 2018) – insieme con i cittadini, i gruppi formali e informali del contesto sociale selezionato, gli amministratori e i principali portatori di interesse per definire, progettare, realizzare e valutare interventi ed azioni che favoriscano l'attività fisica e di socializzazione e/o migliorino l'ambiente costruito (parchi, percorsi pedonali, accesso a strutture sportive...) rendendolo facilitante alle pratiche salutari.

L'azione sarà governata a livello regionale attraverso comunità di pratiche che favoriscano il confronto tra le diverse realtà locali e un raccordo con gli altri programmi del PRP e altre programmazioni regionali.

Quest'azione è correlata con tutte le azioni del Programma.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Accesso alle opportunità			
DESCRIZIONE: Rendere disponibili le opportunità che derivano dalle azioni del PPO2, adattate alle esigenze dei contesti specifici, per ridurre i fattori che determinano le disuguaglianze rispetto alla promozione dell'attività fisica e per il contrasto alla sedentarietà.				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO Le strategie si basano sui modelli socio-ecologico e salutogenico propri della promozione della salute e usano i seguenti metodi: capacity building per l'advocacy e il lavoro di rete, sviluppo di comunità con processi di empowerment e partecipazione attiva, marketing sociale.				
ATTORI COINVOLTI	operatori socio-sanitari, operatori del settore educativo e/o culturale, decisori locali, cittadini, organizzazioni del terzo settore (associazioni sportive, di volontariato, gruppi informali), privati/convenzionati.			
INDICATORE	Canali di comunicazione che diffondono informazioni circa le opportunità per la pratica dell'attività fisica			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: numero di canali istituzionali che veicolano le informazioni/numero totale dei canali presenti • Standard: il 70% dei canali istituzionali diffonde informazioni circa le opportunità per la pratica dell'attività fisica • Fonte: canali di comunicazione istituzionali quali siti Asl, siti Comunali, sito Regionale, media e social media, stampa locale 			
VALORE ATTESO ANNUALE	2022	2023	2024	2025
	--	--	si intende calcolare il numero di canali istituzionali in grado di diffondere alla popolazione target le informazioni circa le opportunità per la pratica dell'attività fisica	--
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Utilizzo delle risorse			
DESCRIZIONE: Aumentare l'utilizzo delle risorse disponibili da parte della popolazione target				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO Le strategie si basano sui modelli socio-ecologico e salutogenico propri della promozione della salute e usano i seguenti metodi: sviluppo di comunità con processi di empowerment e partecipazione attiva, marketing sociale.				
ATTORI COINVOLTI	operatori socio-sanitari, operatori del settore educativo e/o culturale, decisori locali, cittadini, organizzazioni del terzo settore (associazioni/organizzazioni sportive, di volontariato, gruppi informali), privati/convenzionati.			
INDICATORE	Numero di persone che utilizzano le risorse disponibili per la pratica dell'attività fisica nel triennio 2023-2025 (trend)			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: n. di persone che utilizzano le risorse disponibili/totale residenti per target • Standard: aumento nel 2025, nei territori individuati, delle persone che utilizzano le risorse disponibili per la pratica dell'attività fisica • Fonte: i gestori delle diverse opportunità per l'attività fisica 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Presenza di uno strumento di rilevazione delle risorse disponibili e del loro utilizzo da parte delle persone, per la pratica dell'attività fisica, nei territori definiti	Report sulla mappatura delle risorse e sulla loro fruizione da parte delle persone (T0) nei territori individuati	Report di monitoraggio sulla mappatura e del trend della fruizione (T1) nei territori individuati	Report sul trend delle risorse disponibili e sull'impatto nella fruizione da parte delle persone, nei territori individuati

3.3 PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute

3.3.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP03
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Roberta Grossi
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVI TRASVERSALI DI RIFERIMENTO	MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti MO3 Incidenti domestici e stradali MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali MO5 Ambiente, Clima e Salute MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale</p> <p>MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale</p> <p>MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva</p> <p>MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale)</p> <p>MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute</p> <p>MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale</p> <p>MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui</p> <p>MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti</p> <p>MO2-06 Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno</p> <p>MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)</p> <p>MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici</p> <p>MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente</p> <p>MO4-06 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL</p> <p>MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute</p> <p>MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico</p> <p>MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,</p>

	<p>MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor</p> <p>MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche</p> <p>MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti</p> <p>MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST</p>
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<p>MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina • contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol • riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà • contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile • riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato • aumento del consumo di frutta e verdura <p>prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale)</p> <p>MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione</p> <p>MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili</p> <p>MO2LSm Offerta di interventi di counseling breve nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati</p> <p>MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate</p> <p>MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro</p>
LEA	<p>B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica</p> <p>B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato</p> <p>B06 Promozione della sicurezza stradale</p> <p>C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani</p> <p>E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04</p> <p>F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)</p> <p>F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione</p> <p>F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale</p> <p>F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol</p> <p>F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica</p> <p>F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari</p> <p>F09 Prevenzione delle dipendenze</p>

3.3.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Si premette che il profilo di salute ed equità allegato al presente programma è di riferimento anche per i PP 6, 7, 8, e il file allegato in piattaforma comprende la sola valutazione relativa agli stili di vita dei lavoratori piemontesi con tabelle e grafici. Nel PP6 è stato allegato il file esteso relativo alla valutazione

completa del setting ambienti di lavoro con tabelle e grafici, mentre nei PP 7 e 8, per brevità, è stato riportato solo l'estratto di interesse.

In Piemonte i comparti maggiormente rappresentati in termini di addetti sono Costruzioni, Commercio, Metalmeccanica, Servizi, Trasporti e Sanità, che nell'insieme costituiscono oltre l'80% delle aziende. Gli addetti sono concentrati soprattutto nel settore dei Servizi (45%), seguiti dalla Metalmeccanica (11%), dalle Costruzioni (9%), dalla Sanità (9%) e dal Commercio (7,5%). Come risulta dal profilo di salute ed equità da anni si assiste ad una erosione del tessuto imprenditoriale piemontese, soprattutto nella categoria della micro-impresa (meno di 10 addetti). Anche per il 2020, queste realtà costituiscono una fetta importante del tessuto produttivo regionale e nazionale. Le aziende artigiane presenti sul territorio piemontese rappresentano circa il 27% delle imprese totali della regione, di queste il 56,2% del tessuto imprenditoriale artigiano è composto da imprese individuali; il 22,1% da società di persone e il 19,4% di società di capitale.

Relativamente al tasso di occupazione questo risulta in costante e forte crescita dal 2010 al 2018: nella fascia di età "matura" (55-64) per gli uomini (da meno del 45% a circa il 65%) e al 2019 per le donne (da circa il 25% a quasi il 50%), per poi stabilizzarsi nel periodo successivo in entrambi i generi.

Al fine di analizzare gli stili di vita della popolazione occupata piemontese sono stati presi in esame i seguenti fattori di rischio per la salute: fumo di sigaretta, consumo eccessivo di alcol, inattività fisica, sovrappeso, obesità, consumo eccessivo di carne, ridotto consumo di frutta e verdura.

La proporzione di esposti è stata attribuita alla popolazione piemontese occupata per mezzo di una matrice derivata dalle risposte sull'esposizione a questi fattori da parte dei soggetti residenti in Piemonte partecipanti alle indagini Istat su Aspetti della Vita Quotidiana dal 2013 al 2018, costituita dalle seguenti dimensioni: sesso, classe di età (30-44, 45-54, 55-64, 65-74 anni), titolo di studio (laurea, diploma, licenza media o meno). Per attribuire i punteggi di esposizione ai fattori di rischio considerati alla popolazione occupata piemontese, la matrice è stata linkata con i dati aggregati delle indagini sulle Forze di Lavoro 2015-2019, mediante le seguenti chiavi di accoppiamento: sesso, livello di istruzione, classe di età, che sono presenti anche in tali indagini. Ciò ha permesso di stimare il numero e la proporzione di esposti ad ogni fattore di rischio per altre variabili presenti nelle indagini sulle forze di lavoro, tra cui settore produttivo (ateco 2011 a 1 digit, che identifica 12 settori, e a 2 digit, che identifica 99 settori), professione (126 professioni a 3 digit), classe occupazionale (imprenditori, dirigenti, professionisti; tecnici e impiegati; commercianti e artigiani; operai), dimensione aziendale (1-10 addetti, 11-50, più di 50), tipologia di lavoro (dipendenti a tempo indeterminato, dipendenti a tempo determinato, autonomi), provincia di residenza.

In Tabella 1 e 2, nel file allegato in piattaforma, sono presentati il numero e la proporzione in Piemonte di soggetti fumatori, forti bevitori, fisicamente inattivi, sovrappeso, obesi, che consumano carne quotidianamente e che mangiano meno di 3 porzioni di frutta e verdura al giorno, per settore produttivo e classe occupazionale, tra gli uomini e le donne, rispettivamente.

Fumo di sigaretta

Uomini

La proporzione di fumatori è in generale più alta tra gli operai occupati in quasi tutti i settori, con percentuali di circa il 33-37%, e dai commercianti e artigiani del settore delle costruzioni e di finanza e assicurazioni (questi ultimi però costituiscono un gruppo di lavoratori molto piccolo), seguiti dai commercianti e artigiani occupati in altri settori, che mostrano per lo più proporzioni del 31-32%. Al di sotto si collocano tecnici e impiegati della maggioranza dei settori, con prevalenze di fumatori di circa il 25-28%, seguiti da imprenditori, dirigenti e professionisti, con valori tra il 19 e il 23%. In tutte le classi occupazionali, l'agricoltura, le costruzioni, il settore alberghiero e quello dei trasporti mostrano proporzioni di fumatori superiori a quelle degli altri settori.

Donne

Anche tra le donne la proporzione di fumatrici è più elevata nelle operaie occupate nella maggior parte dei settori (22-25%), con le prevalenze più alte nelle costruzioni, in agricoltura e in industria, insieme a commercianti e artigiane (20-23%), tra cui la percentuale è maggiore nel settore alberghiero, in industria e nelle costruzioni. Seguono le donne occupate in professioni tecniche e impiegatizie (range: 19-22%),

che mostrano prevalenze di fumatrici più alte in agricoltura, nel commercio e nei trasporti, e le imprenditrici, dirigenti e professioniste (15-20%), tra le quali le percentuali maggiori si riscontrano in agricoltura e nel settore alberghiero.

Inattività fisica (non svolgere neppure attività fisica leggera in maniera regolare)

Uomini

La proporzione di uomini che non pratica regolarmente attività fisica è massima tra gli operai dell'amministrazione pubblica, del commercio, delle costruzioni, del settore immobiliare e dei servizi alle imprese (49-52%), con valori leggermente inferiori tra commercianti e artigiani (eccetto quelli del settore finanza e assicurazione, che mostrano una prevalenza molto elevata (56,5%), ma sono un gruppo molto piccolo), tra cui le proporzioni di inattivi sono circa del 45-49%. A questi seguono imprenditori, dirigenti e professionisti in agricoltura (44,6%), i lavoratori del settore trasporti (eccetto gli operai, che hanno una prevalenza più alta), e i tecnici e gli impiegati nelle costruzioni, nel commercio e nel settore alberghiero (39-40%). I lavoratori con la minore proporzione di inattivi sono gli imprenditori, dirigenti, professionisti occupati nei settori comunicazione, immobiliare e dei servizi alle imprese, in istruzione, sanità e servizi sociali, e nell'industria (29-31%).

Donne

Anche tra le donne, la proporzione maggiore di inattivi si osserva tra le operaie di quasi tutti i settori (52-60%), in particolare in quelle occupate nell'amministrazione pubblica, nelle costruzioni, in agricoltura, nel settore immobiliare e dei servizi alle imprese, e nell'industria. Seguono commercianti e artigiane della maggior parte dei settori (45-52%), con le prevalenze più alte in agricoltura, nel settore alberghiero e nell'industria, insieme a imprenditrici, dirigenti e professioniste occupate in agricoltura (52%). Proporzioni di inattive leggermente inferiori si osservano tra le donne delle professioni tecniche e impiegatizie di quasi tutti i settori (40-45%), mentre imprenditrici, dirigenti e professioniste di tutti i settori, eccetto dell'agricoltura, mostrano le proporzioni più basse (34-39%).

Eccessivo consumo di bevande alcoliche: più unità alcoliche (bicchieri) al giorno (> 2 negli uomini; >1 nelle donne)

Uomini

Per l'eccessivo consumo di bevande alcoliche si evidenzia un ristretto range di prevalenza tra i diversi settori e classi occupazionale (8-12%), e uno scarso gradiente sociale, rispetto al fumo e all'inattività fisica. Le più elevate proporzioni di esposti si osservano tra imprenditori, dirigenti e professionisti delle costruzioni (12,3%), dell'agricoltura (11,3%) e dei trasporti (10,5%), tra gli operai dell'amministrazione pubblica (11,7%) e delle comunicazioni (10,6%), e tra i commercianti e gli artigiani in agricoltura (11,4%) e in finanza e assicurazioni (11,1%). Le categorie con la minore proporzione di esposti risultano gli imprenditori, i dirigenti e i professionisti nei settori della comunicazione (7,9%), dell'immobiliare e dei servizi alle imprese (8,4%) e dell'industria (8,5%), e i tecnici e gli impiegati in istruzione, sanità e servizi sociali (8,3%) e nelle comunicazioni (8,4%).

Donne

Anche tra le donne si rileva un ristretto range delle prevalenze di consumo eccessivo di alcol (3,5-7,6%) e l'assenza di un chiaro gradiente sociale. Le proporzioni più elevate sono presenti tra le operaie del commercio (7,6%), tra le donne occupate in professioni tecniche e impiegatizie in agricoltura (7,4%) e tra commercianti e artigiane nei trasporti (7,2%), in finanza e assicurazioni (6,9%), e nelle costruzioni (6,8%). Le posizioni più basse della classifica sono invece occupate da tecniche e impiegate dell'industria (3,5%), dell'amministrazione pubblica (4,0%) e del settore finanza e assicurazioni (4,2%), e dalle operaie del settore alberghiero (3,9%).

Sovrappeso e obesità (indice di massa corporea superiore a 25 e a 30, rispettivamente)

Uomini

L'eccesso ponderale mostra una prevalenza complessivamente piuttosto elevata tra gli uomini (range (44-60%)), con una forte stratificazione sociale. Le proporzioni più elevate di lavoratori sovrappeso e obesi sono presenti tra gli operai e tra i commercianti e gli artigiani di quasi tutti i settori, perlopiù in un range

compreso tra il 52 e il 60% per il sovrappeso e tra il 9 e il 12% per l'obesità, seguiti da tecnici e impiegati, tra i quali i valori maggiori si riscontrano nelle costruzioni (sovrappeso 53,1%, obesità 9,9%), nei trasporti (sovrappeso 51,9%, obesità 9,5%) e in agricoltura (sovrappeso 51,2%, obesità 9,1%). Imprenditori, dirigenti e professionisti presentano proporzioni minori di sovrappeso e obesità, prevalentemente in un range 44-50% per il sovrappeso e 6,6-8,5% per l'obesità, eccetto quelli occupati in agricoltura, nel settore alberghiero, nei trasporti e nelle costruzioni, tra i quali le prevalenze sono maggiori.

Donne

Tra le donne si notano prevalenze di sovrappeso decisamente inferiori a quelle degli uomini (range 18,5-42,1%), mentre quelle di obesità sono abbastanza comparabili (range 4,5-11,9%). Come per gli uomini, le prevalenze di eccesso ponderale mostrano una forte stratificazione sociale, con operaie e commercianti e artigiane che presentano i valori più alti di sovrappeso, perlopiù in un range 28-38%, e di obesità (range 7-10%), indipendentemente dal settore di appartenenza, anche se con qualche eccezione. Anche imprenditrici, dirigenti e professioniste di alcuni settori (amministrazione pubblica, trasporti, agricoltura, istruzione, sanità e servizi sociali) mostrano alti valori di sovrappeso e obesità, comparabili con quelli di operaie e di commercianti e artigiane, mentre proporzioni inferiori sono riscontrate tra imprenditrici, dirigenti e professioniste di altri settori e di tecniche e impiegate della maggior parte dei settori.

Ridotto consumo di frutta e verdura (meno di 3 porzioni di frutta o verdura al giorno)

Uomini

Le differenze nel ridotto consumo di frutta e verdura per settore produttivo e classe occupazionale appaiono modeste tra gli uomini (range 35,9-41,4%), anche se mostrano una netta stratificazione sociale, con le maggiori proporzioni di un ridotto consumo tra gli operai e i commercianti e gli artigiani di quasi tutti i settori e minime differenze tra essi (40-41,4%), eccetto che per gli operai occupati nell'amministrazione pubblica e nelle comunicazioni (per entrambi 38,6%), seguiti, per la maggior parte dei settori, da tecnici e impiegati (38-40%), e da imprenditori, dirigenti e professionisti (36-39%).

Donne

Tra le donne le differenze risultano maggiori che tra gli uomini (range 24,8-38,6%), sempre con una netta stratificazione sociale. Operaie e commercianti e artigiane presentano proporzioni prevalentemente tra il 33 e il 37%, tecniche e impiegate tra il 29 e il 33%, e imprenditrici, dirigenti e professioniste dal 25 al 29%, con modeste differenze tra i settori.

Eccessivo consumo di carne (una o più volte al giorno carni bianche, rosse o salumi)

Uomini

A differenza del fumo e dell'inattività fisica, il consumo eccessivo di carni non mostra un netto gradiente sociale, dato che il range complessivo è più ristretto (58-63%) e che le più alte prevalenze si osservano tra imprenditori, dirigenti e professionisti in diversi settori (pubblica amministrazione, agricoltura, trasporti, e istruzione, sanità e servizi sociali), che presentano proporzioni simili (61-63%) a quelle degli operai di quasi tutti i settori (61-62%). Commercianti e artigiani, e tecnici e impiegati mostrano prevalenze leggermente inferiori, piuttosto simili tra loro, senza importanti differenze tra i vari settori (58-60%).

Donne

Anche tra le donne il range della prevalenza di eccessivo consumo di carne è piuttosto ridotto (52-57%), ma, eccetto che per imprenditrici, dirigenti e professioniste dell'agricoltura (55,6%), le più alte proporzioni si osservano tra operaie e commercianti e artigiane di quasi tutti i settori (54-57%), in particolare in agricoltura, costruzioni, amministrazione pubblica, commercio, trasporti. A seguire si collocano le donne occupate in professioni tecniche e impiegate e imprenditrici, dirigenti e professioniste, le cui prevalenze sono situate in uno stretto range (52-54%), con modeste differenze per settore.

Analisi di contesto

Il PNP 2020-2025 prevede alcune “*linee di supporto centrali*” finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione. La prima azione centrale ha come obiettivo principale l’istituzione di un Coordinamento nazionale delle reti regionali dei luoghi di lavoro e delle Scuole che promuovono salute, secondo l’approccio Health in all policies (HiAP), con il coinvolgimento dei vari settori e stakeholder nei diversi ambiti di intervento. Il presente Programma sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello Workplace Health Promotion (WHP) raccomandato dall’OMS, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell’invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l’adozione di stili di vita salutari. Il Programma agisce su fattori non tradizionalmente associati al rischio lavorativo, ma la dimensione sistemica del setting ne raccomanda, pur nell’assoluto rispetto di ruoli e funzioni dei diversi settori dei Dipartimenti di Prevenzione che intervengono, l’implementazione nella prospettiva di un approccio orientato al modello di *Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health*. Questa visione è rafforzata nell’azione centrale 3 che prevede l’attivazione di processi e interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente “*favorevole alla salute*”, secondo questo approccio. Tali azioni centrali sono finalizzate a supportare l’attuazione di diversi macro obiettivi (MO) con i relativi obiettivi strategici e indicatori; quindi il PP3, secondo i modelli citati, dovrà necessariamente interfacciarsi con altri PP e PL, in particolare con quelli che individuano il setting ambiente di lavoro: PP6 “Piano mirato di prevenzione”, PP7 “Prevenzione in edilizia ed agricoltura”, PP8 “Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell’apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro”.

Ovviamente nell’ambito dell’approccio *Total Worker Health* l’azione sinergica con PP quali il PP1 “Scuole che promuovono salute”, il PP2 “Comunità attive” e il PL12 “Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità” contribuirà a coordinare e ampliare le offerte di salute presenti sul territorio per rendere facili scelte salutari. In particolare lo sviluppo di interventi WHP nel setting sanitario oltre a creare un ambiente di lavoro “*favorevole alla salute*” ha degli effetti anche sui pazienti/cittadini fruitori dei servizi.

Di fatto nella definizione delle pratiche raccomandate e sostenibili da proporre alle Aziende, sia pubbliche che private, atte a promuovere la salute nei luoghi di lavoro possono essere pensate anche azioni volte a supportare gli obiettivi di altri programmi quali per es. PP5 “Sicurezza negli ambienti di vita” per diffondere comportamenti sicuri alla guida, PL11 “Primi 1000 giorni” proponendo interventi di welfare aziendale, PL14 “Prevenzione delle malattie infettive” promuovendo le vaccinazioni raccomandate, PL15 al fine di promuovere l’adesione ai programmi di screening oncologici.

In quest’ottica di sinergia con altri setting può essere utile tenere presente anche i principi delle altre reti che l’OMS ha da anni sviluppato, in quanto ognuna di queste è anche un luogo di lavoro. Nel dettaglio:

- rete HPH&HS (Health promoting Hospitals and Health Services): luoghi in cui si svolgono non solo attività per la promozione della salute ma anche organizzazioni maggiormente orientate verso la salute;
- rete Healthy Cities: ha lo scopo di mettere la salute in cima all’agenda sociale, economica e politica delle amministrazioni cittadine. Le città diventano i luoghi che più facilmente possono stimolare la partecipazione e aprirsi ai contributi della società civile, delle associazioni e dei cittadini;
- rete School for Health in Europe (SHE): a livello europeo trova espressione nella rete SHE, Rete Europea delle Scuole che Promuovono Salute, che ha lo scopo di rendere le scuole in Europa un posto migliore per l’apprendimento, la salute e la vita. Utilizza un concetto positivo di salute e benessere e riconosce l’importanza della Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti del Bambino.

Nello sviluppo delle azioni del presente Programma diventa quindi utile ed auspicabile una collaborazione per attivare interventi comuni. Inoltre va tenuto presente che gli interventi attuati in scuole, Comuni e ospedali essendo anche luoghi di lavoro sono anche facilmente usufruibili dai lavoratori stessi.

In ultimo, ma non meno importante, nella progettazione delle attività non vanno dimenticati gli effetti della pandemia da Sars-Cov-2, che ha grandemente coinvolto, e sta tutt'ora impegnando, il SSR, ma ha anche impattato sull'economia e quindi sulle aziende italiane, come evidenziato anche dalla nona edizione del *Rapporto sulla competitività dei settori produttivi* (ISTAT 2021): “La crisi, infine, ha prodotto divisioni sul territorio, anche a causa della applicazione delle misure di contenimento della pandemia su base regionale. In tale prospettiva, la vulnerabilità del tessuto produttivo locale dipende sia dal grado di diffusione, al suo interno, dei settori maggiormente colpiti dalla crisi, sia da quanto esso è specializzato in tali attività”.

Cosa è stato fatto nel precedente Piano

Già nel precedente Piano a livello regionale sono state gettate le basi per l'attivazione e sviluppo di una rete WHP Piemonte, di seguito riassunte:

- definizione di un gruppo di lavoro regionale tematico, denominato Comunità di pratica Programma 3 “*Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro*” che ha contribuito alla condivisione e sviluppo delle attività del programma e alla messa a punto del modello di rete con i relativi documenti;
- report *Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti* (Dors, dicembre 2016) (https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf). Il lavoro offre ai diversi portatori d'interesse – operatori sanitari, medici competenti, dirigenti e direttori di aziende sanitarie e ospedaliere, ecc. – una sintesi aggiornata delle prove di efficacia, dei modelli e degli strumenti utili per diffondere e rafforzare la cultura della promozione della salute nel contesto lavorativo, con un'attenzione particolare agli stili di vita protettivi per le malattie croniche e psicosociali. Il report si chiude con il *Percorso guidato pratico-operativo per l'elaborazione di progetti di WHP: checklist per il monitoraggio*;
- report *Verso una Rete per promuovere la salute nei luoghi di lavoro. Analisi di fattibilità* (Dors, giugno 2019) (https://www.dors.it/documentazione/testo/201906/ReportStudioFattWHP_2019.pdf). La ricerca ha previsto l'analisi di intenti, struttura ed elementi di trasferibilità di alcune reti WHP italiane e internazionali e di buone prassi di WHP a livello locale. Sono state ‘intervistate’ le ASL per sondare disponibilità e opportunità dei servizi e dei territori e in conclusione è stato realizzato nel 2018 un seminario per condividere con i principali portatori d'interesse – rappresentanti dei servizi delle ASL (Spresal, Coordinatori del PLP, ...), Parti sociali, Organismi paritetici, INAIL, Medici competenti – gli esiti della ricerca e raccogliere, dallo scambio e dal confronto, ulteriori spunti per una progettazione partecipata e condivisa della rete nei suoi elementi strategici: quali azioni compiere e per ciascuna di esse indicazioni pratico-operative e fattori facilitanti i processi;
- nel 2019 è stato erogato a cura dell'ASL TO5 il corso regionale FAD *Lavoratori e stili di vita: dall'informazione alla progettazione di interventi* rivolto principalmente a medici competenti, pubblici e privati, e operatori SPRESAL.

A livello locale poi sono stati sviluppati interessanti progetti rivolti sia alle aziende private del territorio sia all'interno delle ASL, alcuni di particolare interesse per lo sviluppo di una rete WHP Piemonte. Tutti i progetti delle ASL Piemontesi sono stati rendicontati nel PLP e sul sistema informativo ProSa (<https://www.retepromozionesalute.it/>). Di seguito si citano i principali progetti, alcuni di questi valutati Buone Pratiche, secondo il sistema di valutazione Dors, che potrebbero essere un utile strumento per la messa a regime della rete WHP Piemonte:

- *Talenti latenti: rete per un welfare di comunità* (Buona Pratica) (https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=4391)
- *Progetto Dedalo- WHP: la promozione degli stili di vita salutari negli ambienti di lavoro* (https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=5753; https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=5315)
- *Luoghi di lavoro che promuovono salute - rete WHP Novara* (https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=5445)

- *Promozione salute in edilizia: In-Forma al lavoro a tutte le età: sicurezza, salute & cantiere, per cantieri sicuri e lavoratori in salute* (Buona Pratica)
(https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=3579)

La Comunità di Pratica aveva prodotto una prima bozza di modello di rete WHP Piemonte, con il relativo modello organizzativo, alcuni strumenti operativi e una prima bozza del *Catalogo regionale delle buone pratiche* relativo a interventi utili al fine di promuovere stili di vita salutari tra i lavoratori piemontesi, con attività differenziate per grandi/medie imprese e per piccole/micro imprese al fine di facilitare l'adesione di queste ultime e ridurre le possibili disuguaglianze sociali.

Inoltre era stata avviata una riflessione per interventi WHP nelle aziende sanitarie pubbliche e private.

Il modello prevedeva per tutte le imprese lo sviluppo di buone pratiche in diverse aree tematiche:

1. promozione di un'alimentazione salutare
2. promozione dell'attività fisica, del benessere osteoarticolare e posturale
3. contrasto al fumo di tabacco
4. contrasto ai comportamenti additivi (riduzione del consumo di alcool, contrasto alle dipendenze)
5. mobilità sostenibile e sicurezza stradale
6. promozione del benessere personale e sociale

Le attività proposte alle imprese, nell'ambito delle varie aree tematiche, erano indicate e descritte nel *Catalogo regionale*, differenziate sulla base della dimensione aziendale.

Nel 2019 è stato presentato il modello di rete WHP Piemonte e sono stati raccolti ulteriori suggerimenti da parte di Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, direttori SPreSAL, i coordinatori del PLP e rappresentanti delle associazioni dei medici Competenti e delle società scientifiche di Medicina del Lavoro.

Nell'ottobre 2020 il modello di rete WHP Piemonte è stato presentato nell'ambito di una videoconferenza del Comitato Regionale di Coordinamento (CRC).

Quindi sulla base delle valutazioni effettuate nel precedente piano sono risultate le seguenti proposte per facilitare il processo di avvio e messa e regime della rete WHP Piemonte:

- definizione di tavoli di lavoro dedicati con i diversi stakeholder (Parti Sociali, INAIL), per ragionare con loro su un modello di Rete sostenibile;
- definizione di un modello di Rete declinabile nei diversi territori della Regione, sia per le grandi aziende sia per le piccole/medie imprese, che si ispiri anche ad altri modelli di Reti già in essere in altri setting es. Rete HPH, Rete SHE Piemonte, aumentando così sinergie e collaborazioni tra più ambiti;
- individuazione di risorse da dedicare per il buon funzionamento e la cura della Rete;
- comunicazione efficace in merito alla Rete e al suo programma.

In ultimo non bisogna dimenticare gli effetti della pandemia che ha causato in Piemonte nel 2020 un calo del Pil del -9,4% e una sofferenza nel tessuto produttivo solo in parte mitigata dalle misure messe in atto per compensare gli impatti negativi. La pandemia ha evidenziato anche aspetti di debolezza nel SSR quali la scarsità di risorse destinate ai servizi sul territorio, un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, la riduzione del personale del 6% nell'ultimo decennio (superiore alla media nazionale del 4%), determinato soprattutto dalla diminuzione dei medici e degli infermieri.

Per avviare e sostenere nel tempo una rete WHP Piemonte, raggiungendo e coinvolgendo le imprese del territorio piemontese in ottica di equità, è importante quindi investire sulle risorse professionali dedicate alla prevenzione e promozione della salute, migliorandone le competenze in tema di advocacy, capacity building e lavoro di rete, anche considerata la carenza di operatori sanitari dedicati e il pensionamento di quelli esperti.

3.3.3 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il Programma sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello *Workplace Health Promotion (WHP)* raccomandato dall'OMS, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari.

Il Programma agisce su fattori non tradizionalmente associati al rischio lavorativo, ma la dimensione sistemica del *setting* ne raccomanda^{15,16}, pur nell'assoluto rispetto di ruoli e funzioni dei diversi settori dei Dipartimenti di Prevenzione che intervengono, l'implementazione nella prospettiva di un approccio orientato al modello di *Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health*.

Il Programma, utilizzando la leva della Responsabilità Sociale d'Impresa, prevede l'ingaggio di "Datori di lavoro" (privato e pubblico comprese strutture sanitarie) nella attivazione di processi e interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente "favorevole alla salute" attraverso cambiamenti organizzativo-ambientali (incremento di opportunità strutturali per l'adozione di scelte comportamentali salutari) e il contestuale incremento di competenze e consapevolezze (*empowerment*) nei lavoratori.

Operativamente il Programma consiste nella proposta di un percorso strutturato, fondato su un processo partecipato interno (che coinvolga le figure aziendali strategiche: RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Risorse Umane, ecc.) ed i lavoratori stessi, che impegna il Datore di lavoro a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili cioè pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di comportamenti preventivi/salutari, in particolare nei seguenti ambiti Alimentazione, Tabagismo, Attività Fisica, Alcool e dipendenze (con possibilità di associazione ad interventi raccomandati per il benessere aziendale e lo sviluppo sostenibile, la prevenzione di IST/HIV).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

La promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) è stata identificata dall'OMS come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute^{1,2}. Numerose evidenze sostengono che l'implementazione di WHP può produrre potenziali benefici sia in termini di salute, sia di diminuzione delle assenze dal lavoro^{3,4}. Altri studi hanno segnalato la presenza di possibili effetti positivi di programmi WHP sul fenomeno del "presentismo"⁵.

Più consolidati in letteratura, con risultati efficaci, sono gli interventi realizzati sui luoghi di lavoro per il contrasto del fumo di tabacco, ed in particolare i programmi di gruppo, il *counseling* individuale le terapie farmacologiche⁶. Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso⁷⁻⁸, la letteratura evidenzia l'importanza dello sviluppo, nei diversi contesti, di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi, con particolare riferimento alla riduzione della condizione di "tolleranza disfunzionale"⁹⁻¹⁰⁻¹¹. Inoltre, i lavoratori che partecipano a programmi *drug-free* di provata efficacia riportano un più alto grado di produttività riducendo infortuni, turnover, assenteismo¹².

Una revisione di letteratura sottolinea che i programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro inerenti ad attività fisica, alimentazione, cessazione del fumo, hanno un'efficacia anche su una serie di

outcome come la salute percepita, l'assenza da lavoro per malattia, la produttività sul lavoro, la *work ability*²⁰.

Un ambito di particolare interesse, in relazione alla situazione epidemiologica, riguarda la gestione ed il reinserimento di lavoratori con malattie croniche o disabilità psicosociali: la tutela della salute è strettamente correlata alla protezione del capitale umano e dell'investimento nella formazione di professionisti¹³. La Commissione Europea già da diversi anni si occupa di Responsabilità Sociale di Impresa e ha sottolineato l'importanza per le aziende di investire sul capitale umano, sull'ambiente, sul rapporto con il territorio in cui è inserita e con tutte le parti interessate, considerando queste attività un investimento per migliorare sia l'ambiente di lavoro sia l'immagine dell'azienda e dei prodotti in termini di marketing¹⁴.

Gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro sono tanto più attuali nel momento in cui la forza lavoro sta rapidamente invecchiando con conseguenze sulla *work ability*. Essi hanno anche un ruolo importante nella riduzione delle disuguaglianze di salute se indirizzati ed adattati verso i gruppi bersaglio più esposti e più vulnerabili, quali i lavoratori manuali e quelli meno qualificati.

In termini di *effectiveness*, una Buona Pratica è rappresentata dal Programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute – Rete WHP Lombardia" (PRP 2015 – 2019)¹⁷, validato dalle seguenti iniziative della Commissione Europea: *Joint Action Chrodis*¹⁸ e *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*¹⁹.

1. WHO European Office. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*.
2. WHO. *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners*. 2010 Ginevra
3. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. (2009). *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000–2006. IGA Report 13e*. Available from: www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf
4. Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. *Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness*. *Am J Prev Med*. 2013 Apr;44(4):406-15. doi: 10.1016/j.amepre.2012.12.007. Review
5. Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. *Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature*. *BMC Public Health*. 2011 May 26; 11:395. doi: 10.1186/1471-2458-11-395. Review.
6. Cahill K, Lancaster T. *Workplace interventions for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 26;2:CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. Review.
7. *Making your workplace drug-free a kit for employers*, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230, <http://workplace.samhsa.gov/pdf/workplace-kit.pdf>
8. *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace*. An ILO code of practice Geneva, International Labour Office, 1996, http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9221094553_EN/lang--en/index.htm
9. ILO, Samsha e Bennet, Team Awareness, EMCDDA):
10. Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). *Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program*. *Prevention Science*, 1(3), 157-172.
11. Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). *Team Awareness facilitator manual*. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.
12. Samsha. (2014). *factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace*, 10–11. b. [http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs \[1\].pdf](http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs [1].pdf)
13. ENWHP. "Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche". 2014. Traduzione italiana a cura di Regione Lombardia e Dors Regione Piemonte. Disponibile da: <http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it>
14. Commissione delle Comunità Europee (2011). *Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea*. Enterprise Publications, Bruxelles
15. Dors, Regione Piemonte "Promuovere salute nel luogo di lavoro Evidenze, modelli e strumenti" https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
16. Ontario Workplace Coalition. *The Comprehensive Workplace Health Model*. <https://owhc.ca/>
17. <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/setting/luoghi-di-lavoro>
18. <http://chrodis.eu/good-practice/lombardy-workplace-health-promotion-network-italy/>
19. https://ec.europa.eu/eip/ageing/repository/search/lombardia_en
20. Rongen A et al. *Workplace Health Promotion. A meta-analysis of effectiveness*. *Am J Prev Med* 2013; 44 (4): 406–415

Declinazione a livello regionale del Programma

Il PP3, come evidenziato nel profilo di salute e analisi del contesto, ha una notevole possibilità di concorrere alla realizzazione di alcuni obiettivi di altri programmi del PRP; nel contempo, la condivisione di obiettivi con altri programmi permetterà di coordinare e ampliare le offerte di salute presenti sul territorio per rendere facili scelte salutari e soprattutto facilitare l'adesione di lavoratori che operano in contesti nei quali è più difficile avere queste opportunità.

Nel precedente PRP era stato svolto un approfondito e proficuo confronto sia con le ASL sia con i principali portatori d'interesse - Parti sociali, Organismi paritetici, INAIL, Medici competenti - per una progettazione partecipata e condivisa della rete WHP Piemonte. Essenziale per il raggiungimento degli obiettivi del precedente piano e la messa a punto del modello di rete WHP è stata l'attività svolta dalla Comunità di Pratica, composta dai referenti regionali e locali del programma, rappresentanti dei medici competenti, Dors e gruppo Mes (Media Educativi in Sanità, gruppo che gestisce la piattaforma e-learning Medmood per la formazione in sanità). Quindi alla fine del precedente PRP era già stata prodotta una prima bozza di modello di rete WHP Piemonte, con il relativo modello organizzativo, alcuni strumenti operativi e una bozza del catalogo regionale delle buone pratiche relativo ad interventi utili al fine di promuovere stili di vita salutari tra i lavoratori piemontesi. Era stato pensato un modello con attività differenziate per grandi/medie imprese e per piccole/micro imprese al fine di facilitare l'adesione di queste ultime e quindi di ridurre le possibili diseguaglianze sociali. Inoltre era stata avviata una riflessione per interventi WHP nelle Aziende Sanitarie pubbliche e private.

Quindi di fatto quanto ad oggi prodotto risulta sostanzialmente in linea con quanto previsto dal PNP 2020-2025 e i documenti prodotti saranno parte integrante del "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili".

Va detto che gli effetti della pandemia da Sars-Cov-2 sia sul sistema produttivo che sul SSR hanno determinato la necessità di rivedere il modello organizzativo di rete WHP Piemonte e il relativo catalogo delle buone pratiche al fine di avviare e sostenere nel tempo una rete WHP Piemonte, raggiungendo e coinvolgendo le imprese del territorio, anche in un'ottica di equità.

3.3.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PP03_OT01	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti			
INDICATORE PP03_OT01_IT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma			
formula	Presenza di Accordi formalizzati			
Standard	Almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	almeno 1 Accordo di carattere regionale	--	--	--
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PP03_OT02	Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici			
INDICATORE PP03_OT02_IT02	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve			
formula	Presenza di offerta regionale di programmi formativi validati (anche FAD)			
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo entro il 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	realizzazione di almeno 1 percorso formativo	--	--	--
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PP03_OT03	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute			
INDICATORE PP03_OT03_IT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni			
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale			
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	intervento di marketing sociale ogni anno	intervento di marketing sociale ogni anno	intervento di marketing sociale ogni anno
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PP03_OT04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza dei datori di lavoro sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative			
INDICATORE PP03_OT04_IT04	Lenti di equità			
formula	Adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022			
Fonte	Regione			

3.3.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PP03_OS02	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)			
INDICATORE PP03_OS02_IS01	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)			
formula	presenza			
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	disponibilità di 1 Documento entro il 2022	–	–	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP03_OS02_IS02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”			
formula	presenza			
Standard	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022, disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022	disponibilità e utilizzo del sistema	disponibilità e utilizzo del sistema	disponibilità e utilizzo del sistema
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP03_OS01	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l’adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita			
INDICATORE PP03_OS01_IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)			
formula	$(N. \text{ sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”, per ciascuna area indicata nel Documento stesso}) / (N. \text{ sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche aderenti al Programma}) \times 100$			
Standard	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	almeno il 10%	--	almeno il 20%
Fonte	Regione			
INDICATORE PP03_OS01_IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)			
formula	$(N. \text{ Aziende Sanitarie e Ospedaliere aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili” per ciascuna area indicata nel Documento stesso}) / (N. \text{ Aziende sanitarie e ospedaliere aderenti al Programma}) \times 100$			
Standard	almeno il 20% entro il 2023; almeno il 50% entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	almeno il 20%	--	almeno il 50%
Fonte	Regione			

3.3.6 Azioni

TITOLO AZIONE	3.1 Sviluppare e promuovere la Rete WHP Piemonte: un gioco di squadra
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/sviluppo di Reti di setting che “promuovono salute” (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l’adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
INDICATORE OS01IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
INDICATORE OS01IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
OBIETTIVO OS02 Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)	
INDICATORE OS02IS01	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)
INDICATORE OS02IS02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavori nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti	
INDICATORE OT01IT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Nel precedente piano sono state gettate le basi per l’attivazione e lo sviluppo di una rete WHP Piemonte, attraverso il confronto con le ASL e con i potenziali stakeholders. Inoltre a livello locale sono stati sviluppati interessanti progetti WHP rivolti sia alle aziende private del territorio sia alle ASL, rendicontati nei PLP e nella banca dati ProSa (<https://www.retepromozionesalute.it/>). Sulla base di tali premesse la Comunità di Pratica, che ha lavorato sul programma, ha prodotto una prima bozza di modello di rete WHP Piemonte, con il relativo modello organizzativo, gli strumenti operativi e il catalogo regionale delle buone pratiche per promuovere stili di vita salutari tra i lavoratori piemontesi. Inoltre si è avviata una riflessione per interventi WHP nelle aziende sanitarie pubbliche e private. Obiettivo di questa azione è quello di avviare la sperimentazione della rete WHP Piemonte.

Al fine di favorire l’adesione alla rete anche da parte delle aziende più piccole e favorire quindi anche i lavoratori che verosimilmente appartengono a categorie sociali più svantaggiate, è stato pensato un modello con attività differenziate per grandi/medie imprese e per piccole/micro imprese, al fine di sviluppare buone pratiche in diverse aree tematiche:

1. promozione di un’alimentazione salutare
2. promozione dell’attività fisica, del benessere osteoarticolare e posturale
3. contrasto al fumo di tabacco
4. contrasto ai comportamenti additivi (riduzione del consumo di alcool, contrasto alle dipendenze)
5. mobilità sostenibile e sicurezza stradale
6. promozione del benessere personale e sociale

Nello sviluppo della Rete WHP Piemonte andrà tenuto certamente in considerazione l’attuale periodo pandemico che potrebbe ostacolare la diffusione di attività e progetti WHP, ma contestualmente rispondere ai nuovi bisogni di salute e di benessere individuale e organizzativo, provocati dalla stessa pandemia (es. stress post traumatico, long covid, *fatigue pandemic*, assenze dal lavoro), rilevati o

dichiarati dai datori di lavoro e lavoratori. Inoltre la pandemia ha accelerato la transizione digitale nella vita quotidiana (DAD, smart working).

Un programma validato a livello regionale dovrà tenere in considerazione anche l'utilizzo delle nuove tecnologie, accanto agli strumenti più tradizionali, per poter raggiungere le categorie di lavoratori più svantaggiate e colpite dagli effetti della pandemia. Questa azione utilizzerà canali di comunicazione formali (es. facebook, whatsapp) e informali (es. rapporto con colleghi, amici, familiari) per veicolare i messaggi e le opportunità di salute.

Un ulteriore elemento facilitante, al fine di ottimizzare le risorse a disposizione, è lo sviluppo della Rete in un'ottica di sinergia con altri setting. Quindi verranno tenuti presenti i principi e sarà valutata la possibilità di un raccordo per lo sviluppo di attività comuni con le seguenti reti:

- rete HPH (Health Promoting Hospitals and Health Services);
- rete Healthy Cities;
- rete School for Health in Europe (SHE).

Infine va tenuto presente che scuole, comuni e ospedali sono anche luoghi di lavoro, quindi gli interventi attuati sono anche facilmente usufruibili dai lavoratori stessi.

Verrà mantenuta la "Comunità di Pratica regionale" dedicata al programma e se del caso implementata con la partecipazione di ulteriori stakeholders, così come la relativa area sulla piattaforma medmood.

A livello regionale sarà valutata la possibilità di stipulare collaborazioni/accordi con altri settori regionali, Enti (ad es. INAIL), Associazioni di categoria (Confindustria, Confartigianato, Confcommercio, Confagricoltura, API, Confesercenti, ecc.), Enti Paritetici e OO.SS. attraverso i quali sarà possibile condividere e individuare le attività di sensibilizzazione e di supporto da intraprendere per promuovere il modello di Rete WHP regionale. Quindi saranno coinvolte le Associazioni e le Società scientifiche della Medicina del Lavoro per favorire il raccordo con i Medici Competenti. Al fine di realizzare attività di reciproco interesse sarà valutata la possibilità di perfezionare l'accordo quadro regionale con le Università Piemontesi al fine di avviare collaborazioni in fase di progettazione, realizzazione e valutazione delle attività della Rete.

Per facilitare lo sviluppo e l'implementazione delle attività a livello locale, ogni ASL definirà il "gruppo ASL Rete WHP", con il compito di favorire la diffusione, avvio e messa a regime della rete WHP, attraverso la promozione di interventi rivolti sia ai dipendenti del SSR (vedi anche PL12) sia alle aziende del territorio. Tale gruppo dovrà avere un collegamento diretto con la Direzione dell'ASL per garantire la sostenibilità nel tempo delle attività e svolgerà un ruolo di:

- raccordo con il livello regionale;
- accompagnamento, orientamento e supporto metodologico nonché di valutazione periodica dell'attività svolta dalle aziende aderenti alla Rete.

Relativamente al *Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili*, che conterrà il modello di rete WHP Piemonte, la sua organizzazione e il *Catalogo regionale delle buone pratiche*, sarà definito a livello regionale un documento base, eventualmente integrato a livello locale sulla base dell'analisi di bisogni, risorse e specificità locali.

Infine è essenziale assicurare un'adeguata base informativa per il monitoraggio e la valutazione degli interventi al fine di aggiornare/implementare se del caso il *Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili*. Già nel precedente PRP sono stati utilizzati con successo il sistema informativo ProSa (<https://www.retepromozionesalute.it/>) e l'area di MedMood dedicata alla Comunità di pratica "Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro". Certamente lo sviluppo di una rete WHP Piemonte necessiterà di ulteriori strumenti informatici per garantire la diffusione e l'adozione di interventi efficaci e sostenibili, per raccogliere più facilmente i dati di attività, e non solo, delle aziende pubbliche e private che aderiranno. Sarà definita entro il 2022 la modalità di avvio e sperimentazione della rete WHP Piemonte a livello regionale e locale. Saranno individuate una o più ASL nelle quali sperimentare l'avvio della rete, sia per grandi/medie imprese che per piccole/micro imprese. Le rimanenti ASL, attraverso i referenti del PP3, collaboreranno alla messa a punto del *Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili* e attiveranno il gruppo ASL Rete WHP. Tutte le ASL piemontesi avvieranno la sperimentazione dell'azione *equity-oriented* nei confronti delle piccole /micro imprese. Nel precedente Piano tutte le ASL avevano attivato interventi WHP per promuovere stili di vita salutari tra i propri dipendenti; tali interventi saranno mantenuti e implementati in tutte le ASL, secondo il modello regionale previsto per le aziende del SSR (ASL/ASO/AOU); il modello verrà diffuso anche alle ASO/AOU per condividere ed estendere, anche attraverso la rete HPH&HS, l'adesione alla rete.

TITOLO AZIONE	3.2 Formare per progettare e attuare interventi WHP
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione al “Counseling motivazionale breve”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici	
INDICATORE OT02IT02	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Nel precedente Piano era già stato prodotto il corso regionale FAD *Lavoratori e stili di vita: dall'informazione alla progettazione di interventi* (locandina allegata), che si proponeva di fornire conoscenze nell'ambito della promozione della salute nei luoghi di lavoro e competenze professionalizzanti per il sostegno al cambiamento degli stili di vita non salutari. Tra gli argomenti trattati vi era anche il counseling motivazionale. Il corso era rivolto ai medici competenti pubblici e privati e al personale SPreSAL delle ASL.

Sulla base di questa prima esperienza il progetto formativo verrà sviluppato con un secondo livello con l'approfondimento del counseling motivazionale e delle attività da sperimentare nel proprio contesto lavorativo, come ad esempio percorsi specifici di promozione della salute su temi di salute ritenuti prioritari.

Il target privilegiato saranno i medici competenti e operatori SPreSAL, ma sarà valutata la possibilità di diffonderlo anche a datori di lavoro, RSPP E RLS/RLST e/o a rappresentanti di enti/istituzioni, associazioni di categoria e sindacati. Gli obiettivi principali sono:

- far conoscere che tra i compiti di chi fa prevenzione nel mondo del lavoro vi è anche la promozione della salute;
- scoprire i vantaggi dell'applicazione della promozione della salute negli ambienti di lavoro in generale, nel proprio contesto locale e nella singola attività lavorativa;
- individuare opportunità e collaborazioni da sperimentare nel proprio ambito lavorativo;
- favorire, sulla base di quanto appreso, la consapevolezza dell'importanza del proprio ruolo nel promuovere la salute dei lavoratori;
- fornire una base di conoscenze e competenze sulla progettazione in promozione della salute nel proprio ambito lavorativo;
- favorire il confronto e la produzione concreta di idee progettuali, sperimentandole sul campo.

Inoltre alla luce del profilo di salute ed equità il corso potrebbe essere un'opportunità facilitante per attivare interventi WHP nelle piccole e micro imprese a cura del medico competente, con la collaborazione delle figure della prevenzione e dell'ASL competente per territorio.

Nella progettazione del corso andrà tenuto certamente in considerazione l'attuale periodo pandemico che potrebbe ostacolare la diffusione di attività e progetti WHP, ma contestualmente rispondere ai nuovi bisogni di salute e di benessere individuale e organizzativo, provocati dalla stessa pandemia, rilevati o dichiarati dai datori di lavoro e lavoratori.

Va detto però che la pandemia ha favorito la diffusione e l'utilizzo delle nuove tecnologie sia per formare che per comunicare, pertanto dovrebbe essere facilitato l'utilizzo di strumenti digitali.

L'azione risponde all'obiettivo trasversale “Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici”.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	3.3 Sviluppare e promuovere la Rete WHP Piemonte tra le piccole e micro imprese
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/ sviluppo di Reti di setting che “promuovono salute” (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavori nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti	
INDICATORE OT01IT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
OBIETTIVO OT04 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza dei datori di lavoro sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT04IT04	Lenti di equità
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Sulla base di quanto evidenziato nel profilo di salute ed equità e nell’analisi del contesto e di quanto previsto dall’azione “Sviluppare e promuovere la rete WHP Piemonte: un gioco di squadra”, la Comunità di pratica regionale avvierà una consultazione con le ASL e i vari stakeholder al fine di individuare il comparto delle piccole/micro imprese del territorio caratterizzate da marcati svantaggi di salute e benessere tra i lavoratori e i relativi determinati sociali e organizzativi (es. accessibilità ai servizi, politiche aziendali con difficoltà nel motivare i propri dipendenti sui temi e comportamenti salutari...). Dovrà essere sviluppata la collaborazione con le associazioni di categoria (Confartigianato, Confcommercio, Confagricoltura, API, Confesercenti, ecc.), Enti Paritetici e OO.SS. sia per raggiungere le piccole/micro imprese con la proposta WHP sia per supportarle nello sviluppo delle attività in sinergia con gli operatori delle ASL.

I comparti maggiormente rappresentati in Piemonte comportano l’esposizione a rischi per la salute negli occupati e di conseguenza le aziende hanno l’obbligo del medico competente per la sorveglianza sanitaria preventiva e periodica. Il medico competente nelle piccole/micro imprese potrebbe essere l’attore principale da coinvolgere per avviare interventi di WHP nelle proprie aziende. Quindi essenziale è la collaborazione con le Associazioni dei medici competenti e le società scientifiche di Medicina del Lavoro piemontesi.

I referenti regionali del PP3, con la collaborazione attiva della Comunità di Pratica del PP3, produrranno il modello definitivo di rete WHP Piemonte, con approfondimenti in merito agli interventi WHP *equity-oriented* rivolti alle piccole/micro imprese. Sarà predisposta una sezione del *Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili* con l’individuazione delle modalità *equity-oriented* di adesione e sviluppo delle attività nelle varie aree tematiche diversificata per le piccole/micro imprese e sperimentata a livello locale. Sarà valutata la possibilità di condividere il documento nell’ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex Dlgs 81/08 e s.m.i. Sarà individuato un comparto nel quale avviare una collaborazione con un Ente paritetico/Associazione di Categoria di Datori di Lavoro/OOSS. Quindi con lo stakeholder individuato verrà definito congiuntamente il target specifico (numero e tipologia aziende/attività...) e sarà avviata la sperimentazione di quanto previsto nel documento regionale.

Un possibile ostacolo è rappresentato dalla carenza di operatori ASL dedicati e formati e/o con professionalità specifiche (es. scienziato motorio, dietista, psicologo del lavoro...).

La collaborazione con gli stakeholders (es. INAIL, Associazioni datoriali di categoria, medici competenti...) potrebbe essere ostacolata nell’attuale periodo pandemico e di crisi economica, che incide sulle condizioni lavorative e che potrebbe far percepire gli obiettivi di promozione della salute e benessere come non prioritari. Questa azione, strettamente legata alle altre del PP3 e correlata all’azione equity-oriented dei PP6, PP7, PP8, sarà governata a livello regionale dalla Comunità di pratica dedicata e a livello locale dal “gruppo

ASL Rete WHP”, con un costante raccordo con i diversi stakeholder e i programmi del PRP che possono contribuire alla sua realizzazione. A livello locale il “gruppo ASL Rete WHP” curerà l’avvio e la sostenibilità della rete WHP con particolare attenzione alle micro/piccole imprese, sulla base della specificità locali e delle collaborazioni in essere con i vari stakeholder.

MONITORAGGIO DELL’AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Avvio e sperimentazione HEA nelle micro/piccole imprese			
<p>DESCRIZIONE: I lavoratori socialmente più svantaggiati in genere svolgono mansioni che comportano maggiore esposizione a rischi per la salute e sicurezza e spesso sono occupati in aziende di micro/piccole dimensione o lavoratori autonomi. Di fatto poi saranno soprattutto le micro imprese, viste le piccole dimensioni e una possibile precarietà economica, ad essere quelle che avranno più difficoltà ad attuare interventi WHP. Pertanto sarà adattato sulla base di quanto emergerà dall’azione <i>equity-oriented</i> il <i>Documento regionale buone pratiche</i>, al fine di definire attività WHP facilmente attivabili nelle piccole/micro imprese e quindi favorendo la loro adesione alla rete. Essenziale per la riuscita, soprattutto per il coinvolgimento delle microimprese, sarà la collaborazione attiva delle associazioni dei datori di lavoro, OO.SS, Enti Paritetici.</p>				
<p>STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO Come descritto nell’azione verrà utilizzata la seguente strategia: - la Comunità di Pratica del PP3 produrrà il modello definitivo di rete WHP Piemonte, con approfondimenti in merito agli interventi WHP equity-oriented rivolti alle attività per piccole/micro imprese; - verrà individuato un comparto e almeno una stakeholder con cui avviare la sperimentazione - ogni ASL definirà il “gruppo ASL Rete WHP”, che se del caso potrà essere aggiornato annualmente, Certamente un possibile ostacolo sarà la disponibilità di un numero congruo di operatori ASL dedicati e formati e/o con professionalità specifiche (es. scienziato motorio, dietista, psicologo del lavoro...).</p> <p>Essenziale come già evidenziato è collaborazione con gli stakeholders (es. INAIL, Associazioni datoriali di categoria, OO.SS, Medici Competenti...) che potrebbe essere ostacolata dall’attuale periodo pandemico e relativa crisi economica, che incide sulle condizioni lavorative e che possono far percepire gli obiettivi di promozione della salute e benessere come non prioritari. Verrà previsto un periodico monitoraggio delle attività al fine di rilevare punti di forza o di criticità che sarà definito nel <i>Documento Regionale Buone Pratiche</i> es. incontri all’inizio dell’anno e alla fine, schede di rendicontazione, questionari, ecc. Inoltre vi sarà il periodico confronto sulla Comunità di Pratica Regionale dei referenti del “gruppo ASL Rete WHP”. Se del caso, sulla base della prima sperimentazione del modello di rete WHP Piemonte, verranno apportate modifiche e/integrazioni al modello di rete WHP e relativo catalogo.</p>				
ATTORI COINVOLTI	Comunità di Pratica del PP3 composta dai referenti regionali e delle ASL del PP3, rappresentanti Dors e dai vari stakeholders es. INAIL, altri settori Regionali, rappresentanti delle società scientifiche dei medici competenti. La composizione se del caso aggiornata annualmente sulla base dei bisogni; gruppo ASL Rete WHP, come definito dal modello di rete WHP Piemonte; enti e associazioni di categoria che operano nel mondo del lavoro; operatori sanitari; datori di lavoro, figure della prevenzione aziendale e lavoratori di aziende pubbliche e private.			
INDICATORE	<p>Modello di rete WHP Piemonte e relativo catalogo BP: sezione piccole/micro imprese e sua sperimentazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: documento descrittivo del modello di rete WHP Piemonte e catalogo BP da applicare nelle piccole/micro imprese con azione equity oriented, con possibilità di aggiornamento annuale. Costruzione dell’intervento a livello locale a cura del “gruppo ASL Rete WHP” e stakeholder e sua sperimentazione • Standard: Sperimentazione del modello nelle piccole/micro imprese • Fonte: regione 			
VALORI ATTESI ANNUALI	<p>2022</p> <p>produzione del documento descrittivo delle attività previste per piccole/micro imprese con azione equity oriented, con possibilità di aggiornamento annuale, individuazione del comparto e stakeholder per HEA</p>	<p>2023</p> <p>costruzione a livello locale dell’intervento a cura del “gruppo ASL Rete WHP” con lo stakeholder nel comparto individuato e produzione del relativo documento</p>	<p>2024</p> <p>Sperimentazione e monitoraggio dell’intervento nelle modalità concordate</p>	<p>2025</p> <p>Monitoraggio e valutazione della sperimentazione e se del caso sua rimodulazione</p>

TITOLO AZIONE	3.4 Promuoviamo la cultura della salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	
INDICATORE OT03IT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Il PNP prevede l'attivazione di processi e interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente "favorevole alla salute", secondo l'approccio *Total Worker Health*. Sulla base di questo approccio non possono non essere tenuti presenti, oltre al contesto lavorativo, anche gli altri setting e/o reti (es. HPH, Healthy Cities, SHE) al fine di rinforzare, reciprocamente e coerentemente, i messaggi di salute e benessere in tutti gli ambiti di vita. In tutti i setting è fondamentale diffondere conoscenze sugli stili di vita salutari e sulle opportunità che li favoriscono attraverso iniziative di comunicazione, coordinate e adattate al destinatario.

Anche la promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro si effettua con strategie e azioni finalizzate allo sviluppo della cultura in tal senso. Tali attività trovano la migliore attuazione attraverso la partnership con i soggetti istituzionali e le associazioni di rappresentanza del mondo del lavoro.

L'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) ha ormai consolidato da anni campagne di comunicazione volte a sensibilizzare in merito all'importanza di una gestione attiva e partecipativa della salute e sicurezza sul luogo di lavoro. Attualmente la Settimana europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, che si svolge ogni anno in ottobre (43esima settimana dell'anno), rappresenta il punto culminante di ogni campagna «*Ambienti di lavoro sani e sicuri*», con centinaia di eventi di sensibilizzazione realizzati in tutta l'UE, e non solo, e un'intensificazione della copertura mediatica.

Pertanto la settimana europea è un'opportunità ideale per assicurarsi una ricorrenza fissa nella quale organizzare eventi non solo per favorire la comunicazione sul tema scelto da EU OSHA, ma anche per promuovere tematiche di interesse regionale e/o locale, in particolare relative al setting ambienti di lavoro (programmi PP3, PP6, PP7, PP8). Tale strategia è già stata utilizzata, ad esempio, dall'ASL NO per organizzare eventi in collaborazione con Enti, Associazioni di categoria, sindacati e scuole (banca dati ProSa https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=3025).

Tale appuntamento potrebbe inoltre essere una opportunità per far conoscere non solo i piani mirati di prevenzione, le buone pratiche e/o i documenti realizzati nell'ambito dei programmi PP6, PP7, PP8, ma anche le iniziative e le opportunità per promuovere stili di vita salutari, a livello regionale e locale, della futura rete WHP Piemonte. Infatti le campagne europee hanno sempre toccato tematiche estremamente attuali quali l'uso delle sostanze pericolose, la prevenzione dei disturbi muscoloscheletrici, la leadership aziendale e la partecipazione dei lavoratori, lo stress lavoro-correlato, l'importanza del lavoro sostenibile, cioè condizioni di lavoro sicure e rispettose della salute in ogni fase della vita, dall'inizio alla fine. Tali tematiche possono essere anche trasversali al presente programma, secondo l'approccio *Total Worker Health*, e possono veicolare informazioni e attività utili a lavoratori, famiglie e comunità per vivere più a lungo in salute.

Per favorire la diffusione di messaggi e opportunità di salute e benessere verranno impiegate le strategie del *marketing sociale (MS)*, al fine di sperimentare modalità efficaci di promozione della salute. Infatti accanto alle tradizionali attività di educazione alla salute e comunicazione sociale, il MS permette ai cittadini di acquisire abilità e competenze per scegliere in modo libero e consapevole cosa è bene per la propria salute, coerentemente con gli obiettivi indicati dalla Carta di Ottawa. Per realizzare le campagne di MS verrà programmato un breve percorso di progettazione e realizzazione di interventi di MS, a cura di Dors, rivolto ai referenti regionali e delle ASL.

A livello regionale e locale sarà stimolata la collaborazione con enti, istituzioni e associazioni di rappresentanza del mondo del lavoro per sviluppare l'iniziativa, quindi verranno progettati e prodotti strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale rispondenti ai bisogni conoscitivi e al linguaggio specifico dei destinatari individuati e sui temi di interesse evidenziati.

3.4 PP04 Dipendenze

3.4.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP04
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Gaetano Manna
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti
MACRO OBIETTIVI TRASVERSALI DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili MO3 Incidenti domestici e stradali MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali MO5 Ambiente, Clima e Salute MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO1-02 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori</p> <p>MO1-03 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni</p> <p>MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale</p> <p>MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale</p> <p>MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui</p> <p>MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti</p> <p>MO2-04 Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope</p> <p>MO2-05 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato</p> <p>MO2-06 Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno</p> <p>MO2-07 Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze</p> <p>MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente</p> <p>MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale</p> <p>MO4-07 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la Total worker health</p> <p>MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health</p> <p>MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore</p> <p>MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute</p> <p>MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,</p>

	<p>MO6-08 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C)</p> <p>MO6-19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione</p> <p>MO6-20 Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l'esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari</p> <p>MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST</p>
<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<p>MO2LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute</p> <p>MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili</p> <p>MO2LSc Iniziative da attivare nei luoghi in cui si svolgono attività sportive, mirate ad accrescere la consapevolezza sui rischi correlati al consumo di alcol, supportando le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza dei giovani, con particolare riguardo ai minorenni.</p> <p>MO2LSd Miglioramento dell'integrazione e del coordinamento intersettoriale tra programmi e azioni per la riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze psicotrope</p> <p>MO2LSH Adozione di standard minimi di qualità nell'area della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope, della riduzione del rischio, del trattamento, della riabilitazione e dell'integrazione sociale</p> <p>MO2LSi Diffusione tra i professionisti degli strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci</p> <p>MO2LSj Sviluppo di programmi volti al coordinamento tra servizi sanitari, servizi sociali, scuola e associazioni al fine di attivare percorsi di identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato</p> <p>MO2LSk Sviluppo di protocolli operativi di prevenzione indicata con orientamento ai servizi e coinvolgimento del territorio per soggetti all'esordio di problemi di abuso e dipendenza (per es. adolescenti e famiglie) o in particolari condizioni di vita (per es. gravidanza)</p> <p>MO2LSl Potenziamento dell'offerta, da parte dei Servizi per le Dipendenze Patologiche, di interventi di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi e del danno (es. Drop in, Unità di strada), in collaborazione con altri Servizi sanitari, Enti locali e Terzo settore</p> <p>MO2LSm Offerta di interventi di counseling breve nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati</p> <p>MO2LSn Programmi integrati e intersettoriali volti a rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le dipendenze, gli altri Servizi sanitari, i Servizi sociali, il Terzo settore, le Associazioni di auto mutuo aiuto</p>
<p>LEA</p>	<p>C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani</p> <p>F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)</p> <p>F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione</p> <p>F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale</p> <p>F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol</p> <p>F09 Prevenzione delle dipendenze</p> <p>art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche</p>

3.4.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Il Profilo di salute relativo al PP4 “Dipendenze” è delineato utilizzando prevalentemente i dati di attività (anno 2018 - ultimi dati disponibili) dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD) della Regione Piemonte, elaborati dall’Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Piemonte. Nel 2018 complessivamente si registrano n. 21.658 soggetti trattati, con una diminuzione di -0,9% rispetto al 2017. L’andamento, come già riscontrato nelle rilevazioni degli ultimi anni, non è omogeneo per sostanza primaria d’abuso. Nelle ASL piemontesi il n. di utenti trattati per dipendenza da eroina e altri oppiacei (n. 8.240) è stato costantemente in diminuzione dal 2001; gli utenti per cocaina o crack sono stati n. 2.167, in lieve aumento (+6%) rispetto al precedente anno, quelli per alcol sono stati n. 6.886, in lieve diminuzione (-1,5%) rispetto all’anno precedente, quelli trattati per cannabinoidi n. 1.670 (+2,9% rispetto al precedente anno), quelli trattati per gioco d’azzardo n. 1.149 (-7,3% rispetto al precedente anno) e gli utenti per trattamento per tabacco n. 1.299 (-5.9% rispetto all’anno precedente).

Dai dati di attività dei DPD emerge che il numero dei soggetti trattati da uso di sostanze e da comportamenti, escluso l’alcol, è di 14.772 utenti, lievemente inferiore rispetto all’anno precedente (-0,6%): gli utenti già in carico sono 11.661 e i nuovi utenti 3.111.

Analizzando la variabile genere, nel 2018 tra i maschi gli utenti già in carico sono n. 9.391, mentre i nuovi utenti sono n. 2.318. Tra le femmine sono n. 2.270 le utenti già in carico e n. 793 le nuove utenti. Il rapporto maschi/femmine è di 4:1 tra gli utenti già in carico, di 3:1 tra i nuovi utenti con una progressiva diminuzione nel tempo, di maggiore entità tra i nuovi utenti: nel 2000 era, infatti in entrambi i casi, 5:1.

Dall’analisi dell’età degli utenti in trattamento presso i DPD, il 60% delle donne e il 66% degli uomini ha un’età compresa tra i 35 e i 59 anni. Coerentemente con questo dato, tra gli utenti maschi già in carico, le classi di età più rappresentate sono 45-49 (20%), 50-54 (17%), 40-44 (16%) e 35-39 anni (14%). Tra le femmine già in carico le classi di età più rappresentate sono 50-54 (15%), 45-49 (14%), 40-44 (14%) e 35-39 anni (11%). Tra i maschi nuovi utenti, le classi di età più rappresentate sono invece quelle adolescenziali e giovanili: 15-19 (15%), 20-24 (12%), 25-29 (12%), 30-34 (11%) e 35-39 anni (11%). Le proporzioni sono piuttosto differenti per le femmine nuove utenti, per le quali le classi più rappresentate sono quelle più avanzate, 50-54 (11%), e 55-59 (10%), e la giovanile 25-29 anni (10%). Solo il 19% dei nuovi utenti maschi ha un’età maggiore di 49 anni, mentre il 40% ha meno di 30 anni; tra le donne è il contrario, il 40% ha un’età maggiore di 49 anni e solo il 27% ha meno di 30 anni.

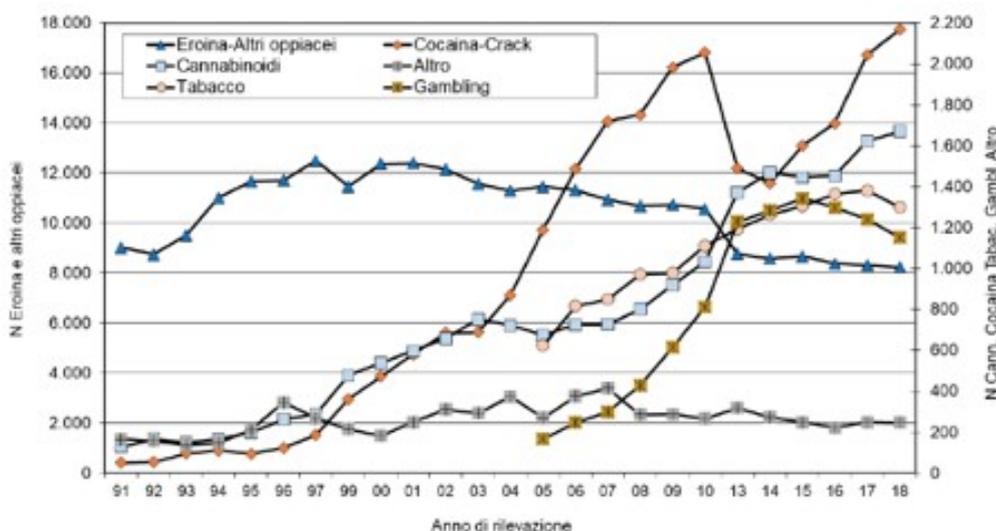


Fig. 1 - Soggetti trattati per anno di osservazione e tipologia di dipendenza primaria. Piemonte 1991-2018. Scheda ANN02 (1991-2010). SPIDI (2013-2016), HTH (dal 2017). Numero di soggetti trattati nell’anno. Non sono conteggiati gli utenti trattati nelle sedi CARCERE. Non sono disponibili i dati del 1998, 2011 e 2012. Legenda. “Eroina-Altri Oppiacei”: Eroina, Metadone, Buprenorfina e Oppiacei. “Cocaina-Crack”: Cocaina e Crack. “Altro”: Allucinogeni, Amfetamine, Ecstasy, Barbiturici, Benzodiazepine, Ketamina, Inalanti, Disturbi alimentari, Sesso, Internet-videogames, Lavoro, Shopping, Sport estremi. I soggetti sono contati una sola volta a livello regionale.

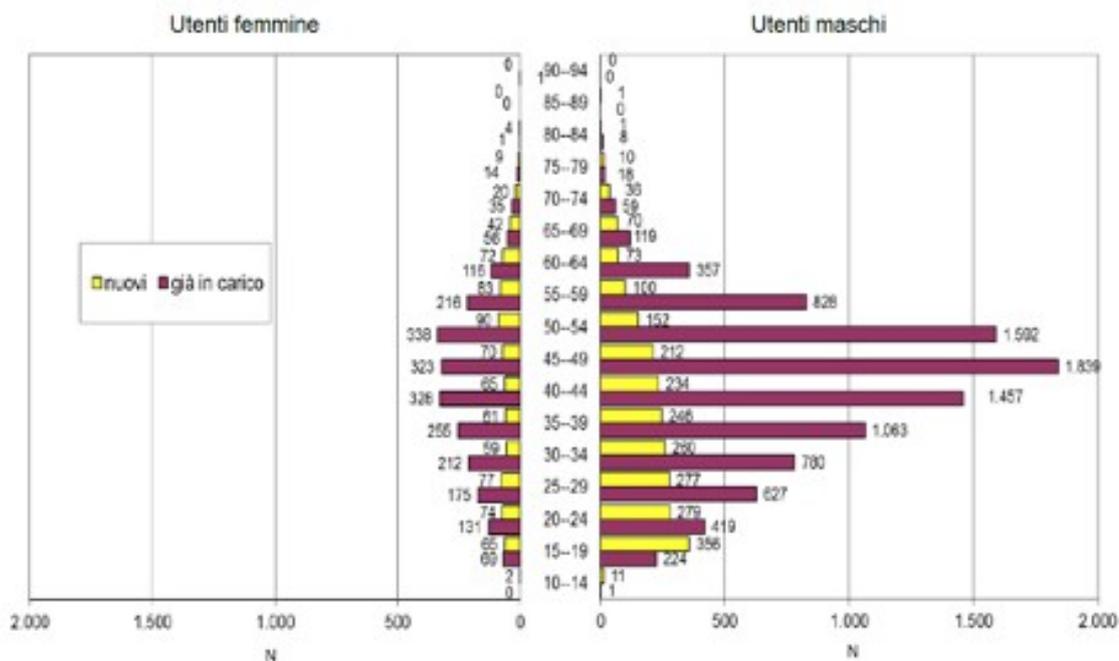


Fig. 2 - Soggetti trattati per disturbo da uso di sostanze e da comportamenti, escluso l'alcol, per tipologia utente, classi di età e genere. Piemonte 2018. HTH. Numero di soggetti trattati nell'anno. Non sono conteggiati i dati degli utenti trattati nelle sedi CARCERE. I soggetti sono contati una sola volta a livello regionale.

Nel 2018 l'età media degli utenti è 42,3 anni. Prosegue l'andamento crescente dell'età media per gli utenti già in carico che raggiungono i 43,5 anni, mentre per i nuovi utenti è 37,8 anni, in lieve flessione rispetto all'anno precedente.

L'età media degli utenti già in carico non differisce tra maschi e femmine (43,5 anni), mentre tra i nuovi utenti è 37,8 anni ma è inferiore per i maschi (36,0 anni) rispetto alle femmine (43,2 anni nelle femmine). Analizzando l'età media in base alla tipologia di dipendenza primaria si osserva che i soggetti più giovani sono quelli in trattamento per dipendenza da cannabinoidi, che in media hanno 26,4 anni, seguono gli utenti in trattamento per cocaina o crack (36,9 anni), quelli in trattamento per altri comportamenti (40,5), per altra sostanza (42,3) e per eroina e altri oppiacei (44,2 anni). Gli utenti con età media maggiore sono quelli trattati per tabacco (53,1 anni) e gambling (49,5 anni). Tra i nuovi utenti i più giovani sono quelli in trattamento per cannabinoidi (24,4 anni), cocaina o crack (34,3 anni) ed eroina e altri oppiacei (35,6 anni). In questo caso, l'età media delle donne è inferiore a quella degli uomini; 23,1 vs 24,6 anni per i soggetti trattati per dipendenza da cannabinoidi, 31,8 vs 34,7 anni per la dipendenza da cocaina-crack e 31,9 vs 36,8 anni per la dipendenza da eroina e altri oppiacei. Per la dipendenza da gambling, altre sostanze e altri comportamenti, l'età media dei nuovi utenti è invece maggiore tra le donne rispetto agli uomini.

Tabella 1 – Età media dei soggetti trattati per tipologia di dipendenza primaria. Piemonte 2018

Tipologia dipendenza	età media nuovi utenti			età media utenti già in carico			età media totale utenti		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Eraina-Altri oppiacei	36,8	31,9	35,6	45,4	42,6	44,9	44,8	41,7	44,2
Cocaina-Crack	34,7	31,8	34,3	38,4	36,0	38,1	37,3	34,8	36,9
Cannabinoidi	24,6	23,1	24,4	27,9	28,9	28,1	26,3	26,4	26,4
Gambling	43,6	53,1	45,5	50,3	55,1	51,2	48,3	54,4	49,5
Tabacco	54,0	53,2	53,6	52,0	53,1	52,5	53,1	53,2	53,1
Altra Sostanza	39,4	43,3	41,2	41,3	44,9	42,8	40,8	44,4	42,3
Altri Comportamenti	27,8	52,0	40,4	32,8	45,4	40,6	30,8	47,5	40,5
Totale	36,0	43,2	37,8	43,5	43,4	43,5	42,0	43,3	42,3

Per quanto riguarda le proporzioni relative per livello di istruzione, l'utenza dei Servizi per le Dipendenze Patologiche mostra una proporzione di soggetti con titolo di studio elevato (diploma di scuola media superiore o laurea) decisamente inferiore a quanto si osservi nella popolazione generale (21,4% vs 33,4%). Tale svantaggio relativo è particolarmente evidente per quanto riguarda la dipendenza da sostanze illecite, in cui la proporzione di soggetti con titolo di studio elevato è solo del 16,2% (la metà di quanto si osservi nella popolazione generale), e all'opposto è decisamente superiore (41,3%) per quanto riguarda la dipendenza da tabacco, suggerendo che il percorso di cessazione del fumo è intrapreso maggiormente dai soggetti con elevato titolo di studio.

Tabella 2 - Soggetti con dipendenza da sostanze trattati presso i Sert in Piemonte, per livello di istruzione, anno 2018

Titolo di Studio	Trattati	%	Pop Resid	%
LAUREA	727	3,4	413.363	10,0
LICENZA MEDIA SUPERIORE	3901	18,0	967.521	23,4
LICENZA MEDIA INFERIORE	12719	58,7	1.586.598	38,4
LICENZA ELEMENTARE	1498	6,9	877.227	21,2
NESSUN TITOLO DI STUDIO	207	1,0	291.404	7,0
MISSING	2606	12,0	--	--
Totale	21658	100,0	4.136.113	100,0

DIPENDENZA DA:
Tutte le sostanze e comportamenti

Titolo di Studio	Trattati	%	Pop Resid	%
LAUREA	337	4,9	413.363	10,0
LICENZA MEDIA SUPERIORE	1425	20,7	967.521	23,4
LICENZA MEDIA INFERIORE	3549	51,5	1.586.598	38,4
LICENZA ELEMENTARE	575	8,4	877.227	21,2
NESSUN TITOLO DI STUDIO	60	0,9	291.404	7,0
MISSING	940	13,7	--	--
Totale	6886	100,0	4.136.113	100,0

Alcol

Titolo di Studio	Trattati	%	Pop Resid	%
LAUREA	224	1,8	413.363	10,0
LICENZA MEDIA SUPERIORE	1757	14,3	967.521	23,4
LICENZA MEDIA INFERIORE	8109	66,2	1.586.598	38,4
LICENZA ELEMENTARE	767	6,3	877.227	21,2
NESSUN TITOLO DI STUDIO	136	1,1	291.404	7,0
MISSING	1261	10,3	--	--
Totale	12254	100,0	4.136.113	100,0

Oppiacei, Cocaina/crack, Cannabinoidi, Altra Sostanza

Titolo di Studio	Trattati	%	Pop Resid	%
LAUREA	113	8,7	413.363	10,0
LICENZA MEDIA SUPERIORE	424	32,6	967.521	23,4
LICENZA MEDIA INFERIORE	486	37,4	1.586.598	38,4
LICENZA ELEMENTARE	81	6,2	877.227	21,2
NESSUN TITOLO DI STUDIO	7	0,5	291.404	7,0
MISSING	188	14,5	--	--
Totale	1299	100,0	4.136.113	100,0

Tabacco

Titolo di Studio	Trattati	%	Pop Resid	%
LAUREA	39	3,4	413.363	10,0
LICENZA MEDIA SUPERIORE	277	24,1	967.521	23,4
LICENZA MEDIA INFERIORE	550	47,9	1.586.598	38,4
LICENZA ELEMENTARE	74	6,4	877.227	21,2
NESSUN TITOLO DI STUDIO	4	0,3	291.404	7,0
MISSING	205	17,8	--	--
Totale	1149	100,0	4.136.113	100,0

Gambling

L'analisi dei tassi standardizzati per età consente un confronto tra le ASL piemontesi (vedi a seguire): per quanto riguarda la dipendenza da alcol si registrano tassi elevati per le ASL TO4, CN1, VCO, CN2 e NO; per gli oppiacei le ASL di BI, Città di Torino, VCO e TO4; per la cocaina e crack le ASL della Provincia

di Torino (in ordine ASL Città di Torino, TO5, TO4 e TO3); per i cannabinoidi le ASL TO4, Città di Torino, CN2 e CN1; per il gambling le ASL di Città di Torino, CN2, TO3, AT, NO e BI; per il tabacco le ASL di NO, VCO, AT, BI, CN2, TO3, VC, TO5 e TO4.

Ovviamente tali dati potrebbero essere influenzati dalle politiche di trattamento e di attrazione dell'utenza, più che da un reale problema di salute sul territorio di competenza, rispetto al resto della regione.

Tabella 3 - Tasso standardizzato (x 100.000) di soggetti trattati per dipendenza primaria, genere e ASL Piemonte 2018. HTH. Tasso standardizzato/100.000 15-69 anni. Non sono conteggiati i dati degli utenti trattati nelle sedi CARCERE. I soggetti sono contati una sola volta a livello di ASL

ASL	Oppiacei		Cocaina/crack		Alcol		Cannabinoidi	
	utenti	Tasso standardizzato	utenti	Tasso standardizzato	utenti	Tasso standardizzato	utenti	Tasso standardizzato
Città di Torino	2492	417	741	119,7	1143	192,6	424	72,9
TO3	823	208,2	286	73,5	803	202,5	217	54,6
TO4	1034	294,1	295	85,1	1152	325,9	274	77,8
TO5	403	189	196	92,4	383	181,6	104	48
VC	267	239,5	27	24,2	202	177,7	58	52,6
BI	505	468,2	45	41,8	251	220,1	32	29,6
NO	428	176,1	135	55	536	221,5	93	38,4
VCO	342	298,2	54	49	307	261,5	56	50
CN1	511	182,8	91	31,5	744	267	189	62,6
CN2	293	246,1	76	62,8	263	225,6	89	72,6
AT	345	253,4	53	39	224	163,1	38	27,6
AL	789	271,4	167	58,6	573	193	83	29,8
Piemonte	8232	276,9	2166	72,8	6581	221,3	1657	55,7

ASL	Gambling		Tabacco		Altra sostanza		Altri comportamenti	
	utenti	Tasso standardizzato	utenti	Tasso standardizzato	utenti	Tasso standardizzato	utenti	Tasso standardizzato
Città di Torino	264	44,6	115	19,7	36	6	9	1,5
TO3	157	39,7	183	45,8	27	6,8	28	7,1
TO4	118	33,4	149	41,7	23	6,6	1	0,3
TO5	64	30,5	88	41,9	4	1,9	9	4,1
VC	38	33,5	50	42,7	7	6,3	5	4,6
BI	41	36,3	65	56,8	4	3,9	0	0
NO	92	38,2	264	110	5	2	3	1,2
VCO	36	30,8	86	73,1	8	7	0	0
CN1	80	28,6	19	6,8	15	5,2	2	0,7
CN2	47	40,2	59	51,1	12	10,4	5	4,1
AT	53	38,5	91	66	5	3,6	1	0,7
AL	84	28,2	6	2	23	8	5	1,7
Piemonte	1074	36,1	1175	39,5	169	5,7	68	2,3

Considerazioni

Il profilo di salute ed equità mostra disuguaglianze per titolo di studio e per deprivazione di molti indicatori di dipendenza da sostanze, alcool e gioco d'azzardo ricavabili anche dai ricoveri ospedalieri. Come nel caso del lavoro anche nel settore delle dipendenze gli interventi del settore sono fondamentalmente equitativi perché i soggetti più esposti a storie patologiche sono soprattutto quelli di bassa posizione sociale; ma anche in questo caso gli esperti del gruppo di lavoro potrebbero prestare attenzione al fatto che l'allocazione delle risorse segua la distribuzione del rischio, anche solo in proporzione all'indice di fabbisogno preventivo.

Va sottolineato che in questo settore particolarmente importante è l'attività regolativa, che può assicurare condizioni ambientali facilitanti per la prevenzione, come è stata la legge regionale di regolazione dell'accesso al gioco d'azzardo per la prevenzione del gioco patologico. In questo senso è estremamente utile la proposta del PP4 di prevedere come progetto di HEA la valutazione di equità di impatto della legge piemontese sul gioco d'azzardo; un risultato di questo tipo è estremamente utile per la programmazione regionale della prevenzione sulle dipendenze del futuro, non solo per il Piemonte ma anche per le altre regioni che guardano con tanto interesse all'esperimento piemontese.

La DGR n. 47-8658 del 29 marzo 2019, approva le Linee di indirizzo per le attività dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD) per gli anni 2019-2021.

Da oltre un decennio il Piemonte ha investito nella riorganizzazione dei Servizi dell'area delle dipendenze con una serie di provvedimenti che ne hanno, gradualmente, definito l'architettura attuale, configurandoli all'interno di un'organizzazione Dipartimentale, anche con carattere interaziendale. Questa organizzazione è stata ritenuta quella ottimale per continuare a promuovere la prevenzione, cura, riabilitazione ed il reinserimento dei soggetti dipendenti da sostanze psicoattive, legali o illegali, e/o da comportamenti addittivi, così come delle malattie sessualmente trasmissibili (ad esempio l'HIV/AIDS) correlate all'uso di sostanze, considerando queste azioni prioritarie, soprattutto nell'ambito della tutela delle fasce deboli della popolazione. Con la DGR n. 48-9094 del 1.07.2008, la Regione Piemonte impartiva le disposizioni necessarie per la realizzazione dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD) su tutto il proprio territorio, e forniva le indicazioni utili alla predisposizione dei "Piani Locali delle Dipendenze" (PLD). L'iter di tale istituzione era partito formalmente nel 2006 con la DGR n. 28-5020 del 28.12.2006, la quale ribadiva che l'organizzazione dipartimentale dei servizi per le dipendenze era quella ottimale in quanto luogo privilegiato di incontro/confronto tra i servizi pubblici e privati. La DGR n. 59-6349 del 5.07.2007 - "Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario 2007-2010. Direttive alle Aziende sanitarie regionali", aveva poi stabilito che "... considerando che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie, nonché altri soggetti ed enti pubblici e privati che operano sul territorio, viene indicato nel modello organizzativo dipartimentale la modalità organizzativa per affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze". Inoltre, la DCR n. 137-40212 del 24.10.2007 che approvava il PSSR 2007-2010, per quanto riguarda l'area delle "Patologie delle Dipendenze" confermava quanto approvato a suo tempo nella proposta di PSSR, ovvero che "... in ogni ASL le attività per la Patologia delle Dipendenze dovrà essere configurata in forma dipartimentale, con un saldo legame all'ambito distrettuale ove si attua l'integrazione socio-sanitaria; si dovranno integrare tutte le realtà pubbliche e private di settore del territorio di riferimento, con un Comitato partecipato pubblico-privato, coinvolto nei processi decisionali, e con una forma di partecipazione dell'utenza". Durante il 2009 tutte le ASL hanno istituito al proprio interno i DPD secondo le indicazioni regionali, al cui interno sono stati costituiti: il Comitato di Dipartimento Aziendale (CDA), composto dai responsabili di struttura complessa e semplice che entrano a far parte del Dipartimento, e il Comitato Partecipato di Dipartimento (CPD), che è composto dai membri del CDA, da un rappresentante per ognuno degli Enti Accreditati con una o più sedi operative nel territorio del DPD, da un rappresentante delle associazioni di volontariato operanti nel settore della patologia delle dipendenze, da uno o più rappresentanti degli Enti Locali e da un rappresentante dell'utenza. Nell'ambito dei DPD sono stati elaborati dai Comitati Partecipati di Dipartimento i Piani Locali delle Dipendenze (PLD), di durata

triennale, che devono riportare, previa sintetica analisi della realtà locale che giustifichi l'assunzione di obiettivi specifici, il dettaglio degli obiettivi stessi, i progetti di intervento, gli indicatori e metodi di valutazione del processo. La Regione effettua periodicamente una valutazione di risultato. La costituzione del DPD ha rappresentato per il Piemonte un'occasione straordinaria di integrazione di servizi preesistenti, consentendo agli operatori di confrontarsi su esperienze e approcci differenti. Da questa conoscenza sono derivate diverse iniziative nell'ambito della prevenzione, degli inserimenti lavorativi, degli interventi di riduzione del danno, ecc. Gli Enti accreditati per l'area delle Dipendenze hanno acquisito un ruolo principale all'interno del Dipartimento, rappresentando concretamente una delle "colonne portanti" delle attività di prevenzione e contrasto alle patologie da dipendenza. Il coinvolgimento proattivo degli Enti Locali è stato favorito in alcuni territori ASL, attivando i Tavoli Distrettuali delle Dipendenze. In alcune aree del Piemonte tuttavia esistono alcune difficoltà da parte degli enti territoriali (Consorzi socio assistenziali e Comuni) ad entrare a far parte, in modo effettivo e concreto, del Comitato Partecipato di Dipartimento (CPD). Il Piano Locale delle Dipendenze in Piemonte è il risultato di uno sforzo di confronto e collaborazione fra tutti i soggetti coinvolti e impegnati nella sua realizzazione.

La stessa DGR n. 47-8658 del 29 marzo 2019 sottolinea che i DPD sono chiamati ad una forte integrazione con il mondo della scuola, con il territorio, con il terzo settore al fine di attuare interventi quanto più possibile di tipo comunitario e ambientale, trasversale a tutti i settori della società che coinvolgano in prima persona i cittadini, in particolare le fasce più giovani con programmi permanenti di prevenzione, in particolare contro l'uso di tutte le droghe, i rischi da uso di alcol, il tabagismo, il gambling patologico e l'abuso di farmaci non prescritti.

Pertanto i DPD rappresentano lo snodo specialistico delle reti territoriali espletando la funzione di coordinamento tra tutte le componenti che interagiscono nella promozione e nell'attivazione degli interventi in materia di dipendenze. Le principali iniziative di prevenzione, generale e selettiva, incluse nei Piani Locali Dipendenze (PLD) prevedono:

- attività nei contesti scolastici, sia strutturate (Peer Education, Unplugged, Steadygap, Display) sia estemporanee (giornate/incontri formativi, seminari...);
- attività outdoor in contesti specifici come luoghi di lavoro, luoghi del divertimento e di aggregazione, centri commerciali ecc.;
- attività di prevenzione ambientale/universale su dipendenze comportamentali quali gioco d'azzardo patologico e l'internet addiction ("Punta su di te" per gestori, progetto CCM "Rete senza fili").

Inoltre, il Piemonte è Regione capofila sui progetti nazionali relativi all'uso di alcol e patologie alcol-correlate, nello specifico:

- interventi di prevenzione nel setting scolastico;
- progetto alcol e guida;
- alcol e giovani (ovvero "Gruppi vulnerabili").

In tale contesto si inserisce il nuovo Piano Nazionale della prevenzione 2020-25 che include tra i programmi predefiniti il PP4 Dipendenze che definisce linee strategiche, obiettivi, azioni e indicatori per il monitoraggio e la valutazione.

3.4.3 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il Programma è orientato allo sviluppo di funzioni previsionali e strategiche di intervento di prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze e comportamenti e in relazione a fenomeni emergenti di particolare rilievo per salute della popolazione generale connessi all’impatto di nuove forme/modalità di diffusione e approccio alle sostanze d’abuso legali e illegali (con particolare riferimento all’eroina e all’alcol), delle nuove tecnologie e dei device, dell’offerta di gioco d’azzardo lecito, anche online.

Il Programma declina pertanto una strategia regionale, fortemente orientata all’intersettorialità, che rinforzi le condizioni di appropriatezza, impatto e sostenibilità nella programmazione di azioni efficaci, sulla base di alcuni presupposti fondamentali, quali:

- il riconoscimento e la valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione per orientare e contrastare le reali caratteristiche di fenomeni, assai differenti nelle loro specifiche manifestazioni ma altrettanto omogenei per le dimensioni di vulnerabilità, i fattori di rischio e lo sfondo socioculturale in cui si innestano, riconoscendone la complessità in relazione ai modelli culturali e sociali dominanti rispetto al “consumo” stesso;
- il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali per garantire un sistema di intervento complessivo che consideri e permetta la sinergia costante e continuativa di tutte le risorse umane, professionali, tecniche, organizzative e sociali (oltre che finanziarie) necessarie per una prevenzione efficace che non deleghi il compito di prevenire la diffusione dei fenomeni di consumo esclusivamente al sistema socio-sanitario;
- la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all’interno della popolazione di riferimento per permettere che giovani e adulti siano maggiormente responsabilizzati verso i comportamenti di consumo e abuso di sostanze nei propri contesti di vita e per la tutela della propria salute;
- la promozione e l’adozione di programmi basati sulle evidenze di efficacia adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari degli interventi, migliorando le capacità e le competenze di programmatori, progettisti e operatori del settore.

Più specificatamente, il Programma punta a:

- sviluppare il coordinamento degli interventi e delle azioni di tutti gli attori del territorio applicando strumenti organizzativi che favoriscano uniformità ed equità nell’erogazione degli interventi preventivi e creando partnership costanti e continuative a livello locale; in tale senso valorizza la collaborazione dei Dipartimenti Dipendenze con i Dipartimenti di Prevenzione, titolari della *governance* multilivello in campo preventivo prevista a livello normativo;
- qualificare le attività di prevenzione, coerentemente agli *European drug prevention quality standards*, aumentando la diffusione e l’adozione di iniziative *Evidence-Based* (azioni raccomandate), coerentemente integrate con gli obiettivi dei Programmi Predefiniti di *setting* (in particolare “Scuola che Promuove Salute”);
- sviluppare le capacità del sistema nazionale e regionale di avere e di mettere a disposizione dei decisori ai diversi livelli (politico, tecnico, organizzativo) set informativi integrati per la lettura e l’analisi delle situazioni e dei fenomeni di interesse, dei trend e delle prospettive evolutive che è possibile prevedere in merito a questi stessi fattori (con particolare riguardo a quelli di rischio modificabili) nonché rispetto ai possibili modelli di intervento preventivo maggiormente promettenti;
- promuovere competenze aggiornate e consapevolezza di ruolo dei diversi soggetti, professionali e non, attivi in campo preventivo a livello territoriale, con particolare riferimento agli ambiti sociali, educativi, culturali, istituzionali, associazionistici, ecc.;
- realizzare interventi *evidence based* e/o raccomandati di prevenzione selettiva, prevenzione indicata, riduzione dei rischi/danni connessi all’uso/abuso ricreazionale di sostanze e riduzione dei danni/rischi connessi all’abuso/dipendenza da sostanze;

- promuovere competenze e fornire supporto ai decisori in relazione a modifiche strutturali-ambientali (fisico/organizzativo/sociale) delle comunità locali sostenute da processi partecipati e orientati ai principi dell'Urban Health (WHO).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

La prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti ricade nell'ambito di competenza di più organizzazioni/enti e, per questo, deve orientare tutte le politiche¹; da qui discende l'importanza del coordinamento multilivello tra gli attori in gioco. Accanto a questo, la letteratura evidenzia i fattori principali che contribuiscono al successo di azioni preventive ad ampio raggio, quali²:

- avere linee programmatiche comuni entro cui operano in partnership gruppi di lavoro locali supportati da un sistema organizzativo formale;
- implementare programmi di provata efficacia;³⁻⁴
- valutare e monitorare la qualità dell'implementazione e l'efficacia dei risultati;⁵
- fornire occasioni di aggiornamento e formazione ai gruppi di lavoro coinvolti.

L'utilità e l'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi⁶⁻⁷. Il lavoro a rete dà l'opportunità di influenzare le politiche attraverso: lo sviluppo di partnership e di relazioni sociali utili allo scopo, l'organizzazione di commissioni e la facilitazione della mobilitazione della comunità. Infine, sono da preferire programmi di prevenzione orientati – sia dal punto di vista strategico sia di contenuto - da un approccio promozionale, che perseguano (*capacity building*) la costruzione di capacità individuali e collettive, declinando anche in questo specifico settore del *know how* di “ricerca e sviluppo” (ad es. in ottica previsionale) proprio di altri campi della moderna produzione di servizi⁸⁻⁹.

In particolare, nelle aree urbane, dove l'uso di sostanze legali e illegali si associa a fenomeni di illegalità e tensione sociale, le ricerche¹⁰⁻¹¹ evidenziano l'opportunità di sviluppare interventi preventivi mirati ad attivare le risorse della comunità al fine di promuovere la coesione sociale e potenziare il capitale sociale¹²⁻¹³.

Oltre agli interventi di *empowerment* a livello comunitario, nell'ottica di dare concretezza in un contesto programmatico, strategico e operativo quanto più possibile integrato ai “nuovi LEA” relativi alla riduzione del danno, è valorizzata l'integrazione con programmi specifici di *Outreach* in prossimità dei luoghi e locali dell'aggregazione e del divertimento notturno (discoteche, club, luoghi autorizzati) che – in linea con le indicazioni europee¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶ - hanno come obiettivo la limitazione dei rischi legati al consumo di sostanze psicotrope (overdosi, diffusione di patologie infettive, principalmente HIV, HCV, HBV e IST, incidenti stradali, etc.). In contesti caratterizzati da condizioni di rischio sociale elevato (es. *party* autorizzati, *free party*, *street parade*, *raves*, *free parties*, *goa party*, *teknival*), i programmi di intervento richiedono una modulazione ad hoc¹⁷⁻¹⁸.

Infine, per quanto riguarda i programmi di prevenzione dell'uso problematico di sostanze, le linee guida europee e nazionali raccomandano interventi “a bassa soglia”¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²², che permettono il raggiungimento di target di popolazione altrimenti nascosti e sommersi (cd zona grigia) al fine di minimizzare i rischi di un aggravarsi della loro situazione sanitaria nonché della loro marginalità sociale, economica, relazionale.

1. David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones, Maggie Davies, *Intersectoral Governance for Health in All Policies, Structures, actions and experiences*, World Health Organization 2012, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

1. Spoth R, Greenberg M, *Am J Community Psychol* (2011) 48:106–119,

2. EDDRA (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>), Nrepp – SAMSHA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices: CMCA program link: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=117>,

3. <https://www.lifeskillstraining.com/>, <http://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/>, <http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/>

4. EDPQS (<http://prevention-standards.eu/>),

5. <http://www.prosper.ppsi.iastate.edu/>

6. John Kania & Mark Kramer, 2011, *Collective Impact*, *Stanford social innovation review*, http://c.ymcdn.com/sites/www.lano.org/resource/dynamic/blogs/20131007_093137_25993.pdf

7. Glenn Laverack "Health Promotion Practice. Building Empowered Communities". Ed. McGraw Hill, Berkshire England, 2007
8. Tavolo Tecnico Regionale prevenzione dipendenze di Regione Lombardia, Linee guida regionali popolazione generale, 2008
9. Aresi G., Marta E., Una ricerca-intervento in un quartiere ad alta concentrazione di locali notturni: attivare il territorio per attivare bisogni e risorse, *Psicologia della Salute* n. 3/2014, Franco Angeli.
10. Hayward K. and Hobbs D., Beyond the binge in "booze Britain": market-led liminalization and the spectacle of binge drinking, *The British Journal of Sociology*, 58 (3), 2007.
11. Network conference on reducing youth drinking by law enforcement, Atti, Rotterdam, 27-28 Ottobre 2001. Link: <http://www.stap.nl/nl/nieuws/conference-2011.html>
12. <http://www.yli.org>
13. Manual: Set of standards to improve the health and safety of recreational night life venues, IREFREA, European Union Project, Novembre 2011. Link: http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou%5CSource%5CActivities%5CEXASS%5CGuide_SaferNightLife_en.pdf
15. NEWIP (Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project) Standards European Project. Link: www.safernightlife.org
16. G.Burkhardt, EMCDDA, Evaluation Indicators for Prevention in Recreational Settings. Outcome and recommendations of an expert survey for the related meeting at the EMCDDA, 2003.
17. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Recreational drug use: a key EU challenge, *Drugs in focus*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2002.
18. EMCDDA, Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology, *Insights* n.2, 2002
19. EMCDDA, Data-collection at Low-threshold services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage, 2002
20. EMCDDA, Harm reduction: evidence, impact and challenges, Monography, 2010.
21. Ministero della Sanità, Linee guida sugli interventi di riduzione del danno, 1999. Roma; P. Meringolo, 2001

Declinazione a livello regionale del Programma

Il Programma Predefinito (PP) 4 "Dipendenze" introduce per la prima volta un focus specifico sulla tematica che, all'interno del PRP 2014-2019, era stata affrontata in modo trasversale nei programmi, tra i quali "Guadagnare salute Piemonte" e "Sicurezza stradale". I dati epidemiologici contenuti nell'ultimo report dello studio europeo Espad (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) indicano che la percentuale di studenti in Italia che fa uso di alcol è superiore alla media europea e così anche i livelli di consumo di cannabis. Per contro si registra una rilevante diminuzione di consumo di nuove sostanze psicoattive (NPS). Il dato italiano relativo al gioco d'azzardo tra gli studenti risulta nettamente superiore alla media europea. Il Programma si concentra in primis sulla formazione al counselling motivazionale, quale strumento inderogabile per la buona riuscita dei programmi di cambiamento e di sgancio dalla routine tossicomana e sulla formazione ASAP. Rilevante importanza viene data alle attività di comunicazione e informazione, in particolare sui temi dei comportamenti a rischio associati al tema del consumo alcolico e degli incidenti stradali (Safe night), del gioco d'azzardo problematico e delle giornate a tema, come quella del primo dicembre dedicata all'HIV. L'intersectorialità e l'integrazione tra servizi pubblici e privati e tra operatori sanitari e mondo scolastico trova realizzazione nell'attivazione di un Centro Regionale di Promozione della Salute, all'interno del quale saranno operativi laboratori multimediali sui temi della dipendenza. L'obiettivo è quello di offrire occasioni per approfondire le motivazioni individuali che inducono ad un determinato comportamento, sostenendo percorsi di scelta consapevole e riflettendo sulle pressioni sociali che ogni individuo, soprattutto giovane, subisce. Il Centro si propone altresì quale punto di riferimento informativo e formativo per tutti gli operatori regionali che si occupano di prevenzione alle dipendenze. L'obiettivo "Hub prevenzione integrata" intende garantire la formazione intersectoriale sulla progettazione partecipata. L'obiettivo "Intersection: condividere percorsi" rafforza il tema dell'integrazione tra diversi servizi sanitari con la creazione di uno spazio di incontro tra tutti gli operatori della Regione Piemonte che si occupano di Prevenzione e di Promozione della Salute e sarà aperto al terzo settore. La prevenzione nell'ambito delle fragilità trova rilevante attenzione nell'azione relativa alla limitazione dei rischi/ riduzione del danno attraverso la trasmissione di corrette informazioni sui rischi connessi all'assunzione delle sostanze psicoattive, alle azioni di counselling, formali ed informali, al coinvolgimento attivo dei consumatori, al drug checking e altro. Un altro elemento da non trascurare, alla luce dei dati epidemiologici è la forte attenzione alle fasce giovanili (adolescenti e giovani adulti) proseguendo nelle attività e negli interventi già programmati all'interno dei Piani Locali delle Dipendenze, ponendo particolare attenzione all'integrazione tra servizi e tra servizi e Scuola e alla formazione (in integrazione con l'azione della Guida Corresponsabile Rete Safe Night Piemonte contenuta nel PP5). Infine il Programma propone un'azione orientata all'equità individuando l'utilità di valutare l'impatto della nuova Legge regionale n. 19/2021 "Contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico (GAP)", che sostituisce la precedente Legge n. 9/2015. Il Programma pertanto rappresenta la scelta di una

strategia regionale, fortemente orientata all'intersectorialità, che rafforzi le condizioni di appropriatezza, impatto e sostenibilità nella programmazione di azioni efficaci e aderenti alle rilevazioni epidemiologiche.

3.4.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PP04_OT01	Sviluppare collaborazioni intersectoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio			
INDICATORE PP04_OT01_IT01	Accordi intersectoriali			
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)			
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Almeno 1 accordo	-	-	--
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PP04_OT02	Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio			
INDICATORE PP04_OT02_IT02	Formazione (A)			
formula	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersectoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersectoriali.			
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	realizzazione di almeno un percorso formativo	realizzazione di almeno un percorso formativo	realizzazione di almeno un percorso formativo	realizzazione di almeno un percorso formativo
Fonte	Regione			
INDICATORE PP04_OT03_IT03	Formazione (B)			
formula	Disponibilità di percorsi formativi per gli attori coinvolti su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum (programmi validati)			
Standard	Almeno 1 percorso formativo, entro il 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	realizzazione di almeno 1 percorso formativo	-	-	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP04_OT04_IT04	Formazione (C)			
formula	Disponibilità di un programma di formazione sul counseling breve rivolto agli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS).			
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	realizzazione di almeno un percorso formativo	realizzazione di almeno un percorso formativo	realizzazione di almeno un percorso formativo	realizzazione di almeno un percorso formativo
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PP04_OT06	Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva			
INDICATORE PP04_OT06_IT05	Comunicazione ed informazione			
formula	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)			
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di comunicazione sociale	realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale a carattere sperimentale	realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale	realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PP04_OT07	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate			
INDICATORE PP04_OT07_IT06	Lenti di equità			
formula	Adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021			
Fonte	Regione			

3.4.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PP04_OS01	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative			
INDICATORE PP04_OS01_IS01	Sistema di monitoraggio regionale			
formula	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi			
Standard	Progettazione /adattamento entro il 2022; Disponibilità e utilizzo entro il 2023			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Progettazione /adattamento	Disponibilità e utilizzo	–	--
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP04_OS02	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting			
OBIETTIVO PP04_OS03	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti			

	extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo			
INDICATORE PP04_OS02_IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)			
formula	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo) /n° Aziende Sociosanitarie del territorio x 100			
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	almeno il 50%	almeno l'80%	--
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP04_OS04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato			
INDICATORE PP04_OS03_IS03	Copertura (target raggiunti dal Programma)			
formula	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio) x 100			
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	almeno il 50%	almeno l'80%	--
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP04_OS05	Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA			
INDICATORE PP04_OS04_IS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)			
formula	(N Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio) x 100			
Standard	almeno il 50% entro il 2023 , almeno l'80% entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	almeno il 50%	--	almeno l'80%
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP04_OS06	Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari			
INDICATORE PP04_OS05_IS05	Copertura (target raggiunti dal Programma)			
formula	(N Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio) x 100			
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	almeno il 50%	--	almeno l'80%
Fonte	Regione			

3.4.6 Azioni

TITOLO AZIONE	4.1 Intersection: condividere percorsi
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
INDICATORE OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'azione è finalizzata alla creazione e gestione di uno spazio di incontro tra tutti gli operatori della Regione Piemonte che si occupano di prevenzione delle dipendenze. A partire da un lavoro interservizi (Serd, Dip. Prevenzione, Psicologia, NPI, Psichiatria) si costituirà un gruppo di operatori che in concreto realizzano attività di prevenzione con giovani ed adolescenti, rispetto ai comportamenti a rischio legati alle dipendenze. Il gruppo sarà anche aperto a operatori del terzo settore che autonomamente o su incarico di enti pubblici (ASL, Enti Gestori, Enti Locali, ...) si occupano di prevenzione.

L'obiettivo del gruppo sarà quello di confrontarsi sulle pratiche in atto ed eventualmente di realizzare contaminazioni ed esportazione di progetti, metodologie e strumenti. In tal modo si potranno individuare temi prioritari di lavoro.

Il gruppo organizzerà ogni anno un momento di riflessione e formazione che possa rileggere le esperienze in corso e orientare gli interventi in un'ottica di collaborazione e contaminazione tra Servizi, pubblici e privati, e altri stakeholder: gli stati generali della promozione della salute nelle dipendenze.

TITOLO AZIONE	4.2 Tabagismo, abuso alcolico: formazione al counselling motivazionale breve
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione al "Counseling motivazionale breve"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Svolgere attività di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)	
INDICATORE OT04IT04	Formazione (C)
CICLO DI VITA	età adulta;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il setting sanitario può rappresentare l'occasione per avviare percorsi di promozione della salute, volti sia a modificare le abitudini della popolazione che vi accede sia ad avviare e sostenere adozione di sani stili

di vita da parte degli stessi operatori sanitari (WHP). Proprio l'accesso ai servizi del Sistema sanitario diventa una finestra di opportunità, nella quale il cittadino è più sensibile a ricevere messaggi di salute.

Molti sono gli obiettivi strategici inclusi nel PRP che possono beneficiare di attività formative rivolte alla Promozione della salute attraverso i diversi livelli di assistenza del nostro Sistema sanitario regionale ed in particolare nei setting della medicina di base, ambulatoriale territoriale e specialistica (ad es. ambulatori territoriali e di screening, consultori, case della salute), ospedalieri e farmacie.

In Italia, in base ai dati della sorveglianza PASSI 2014-2017, risulta essere ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori sanitari ad esempio al fumo di tabacco. Analogamente alla media italiana, in Piemonte solo il 37,7% degli operatori si informa se il paziente è un fumatore e solo ad 1 fumatore su 2 (50,9%) viene consigliato di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario. Anche rispetto al consumo di alcol, a fronte di un consumo problematico (abituale elevato - binge - a maggior rischio) in cui il Piemonte si discosta in peggio dalla media italiana, appena il 6% dei consumatori a "maggior rischio" riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno.

La letteratura sostiene la necessità strategica di costruire competenze negli operatori, perché siano in grado di promuovere ed accompagnare i cambiamenti di stili di vita delle persone a rischio e con patologie. Nello specifico la letteratura dimostra l'efficacia del counselling, e, in particolare nell'ambito del contrasto alle dipendenze da tabacco e da alcol, del counselling motivazionale breve, trasversale a tutti i temi di salute, per l'adozione di stili di vita sani nonché per il rinforzo motivazionale e il supporto emotivo agli utenti e ai loro familiari.

In relazione a quanto sopra esposto si ritiene importante riattivare la formazione regionale al Counselling Motivazionale Breve sui temi per i quali è stata sperimentata nel corso del PRP 2014/2019 con la finalità di richiamare l'attenzione degli operatori sulle possibilità di utilizzo dello strumento del counselling motivazionale breve (per singoli o gruppi) e di fornire loro elementi del quadro teorico di riferimento ed iniziali competenze operative, anche, ove possibile, attraverso una didattica che attivi processi di identificazione e di coinvolgimento attivo.

Il Counselling motivazionale breve è una tecnica semplice, efficace e trasferibile adatta ad essere diffusa e utilizzata nell'ambito del Sistema sanitario, progettata per adattarsi a setting informali o a situazioni in cui il tempo a disposizione è breve, ma dove l'opportunità di contatto è particolarmente significativa per numerosità e varietà dell'utenza. Inoltre la disponibilità diffusa di operatori con competenze di base è un prerequisito che consente di gestire le diverse situazioni che si creano, adattando di volta in volta l'intervento all'interlocutore e al contesto, consentendo tra l'altro agli operatori sanitari di intercettare il paziente fumatore/alcolista in una fase di disponibilità al cambiamento e di svolgere un'azione proattiva, fornendo semplici messaggi, materiale informativo e indicazioni sui percorsi di disassuefazione da fumo di tabacco presenti nella propria azienda sanitaria.

La proposta formativa sarà strutturata in modo da proporre obiettivi e contenuti utili a promuovere e realizzare la ricaduta sui servizi e sostenere la trasferibilità dei contenuti, in accordo con le attività previste dalle Azioni formative di cui al PL12 "Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità".

Azioni necessarie nella progettazione saranno:

1. Individuazione dei Servizi/Professioni Sanitarie alle quali dovrà essere rivolto il corso, in primis quelle per le quali il contrasto del tabagismo/alcolismo rappresenta uno specifico obiettivo di salute del proprio servizio e/o hanno la possibilità di orientare e fornire materiale ai propri pazienti/utenti rispetto alle offerte di disassuefazione presenti nella propria ASL, ma anche a chi opera con particolari categorie a rischio (donne in gravidanza, bambini e genitori nei primi 1000 giorni di vita, pazienti con patologie alcol e fumo-correlate)
2. Realizzazione delle attività formative a livello locale (ad esempio con il supporto degli organismi preposti alla prevenzione del tabagismo quali i Gruppi Fumo Aziendali)

TITOLO AZIONE	4.3 Formazione EUPC
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum	
INDICATORE OT03IT03	Formazione (B)
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La formazione EUPC – European Prevention Curriculum ha lo scopo di migliorare la conoscenza delle evidenze di efficacia nel settore della prevenzione al consumo di sostanze, facilitando e sostenendo l’implementazione di interventi e una corretta allocazione delle risorse.

La formazione è stata concepita per svolgersi in presenza per 18 ore e moduli di e-learning per 40 ore ed è a cura di Master Trainer, accreditata dall’EMCDDA. È rivolta a referenti istituzionali che hanno un ruolo di decisori nel campo della prevenzione in diversi settori: servizi sociosanitari, scuola, giustizia.

Strumento principale della formazione è il manuale EUPC, sviluppato con lo scopo principale di fornire materiale di riferimento specifico per i corsi di formazione, partendo dall’introduzione alla scienza della prevenzione e, in particolare, agli interventi basati sulla scienza.

Il curriculum di formazione è stato sviluppato da un progetto europeo intitolato UPC-Adapt, cofinanziato dalla Commissione europea.

Il progetto ASAP Training, coordinato da Regione Liguria – ALISA – ha prodotto l’analisi dei sistemi di prevenzione di 20 paesi europei e specifiche raccomandazioni per migliorare i sistemi di prevenzione. Attraverso l’analisi dei sistemi di prevenzione è stata tracciata la mappatura degli stakeholder: professionisti in ruoli chiave nei sistemi di prevenzione. Per ogni paese partner del progetto sono stati individuati referenti istituzionali e referenti nel campo della prevenzione per partecipare ad una formazione europea per diventare formatori esperti di prevenzione sulla base delle evidenze scientifiche (Master Trainer). A livello europeo sono stati formati 60 Master Trainer. I Master Trainer hanno a loro volta implementato corsi di formazione nel proprio paese, rivolti ai referenti regionali e ai professionisti nel campo della prevenzione formando oltre 200 esperti. La formazione si svolge in presenza e successivamente prosegue con modalità e-learning utilizzando una piattaforma costruita ad hoc.

L’obiettivo è utilizzare gli strumenti validati sulla base dei materiali licenziati dal suddetto progetto per implementare un corso di formazione che faccia riferimento agli standard europei: tale percorso formativo sarà progettato e realizzato in accordo con le risultanze del progetto e tramite i suoi formatori accreditati.

TITOLO AZIONE	4.4 Hub prevenzione integrata
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/sviluppo di Reti di setting che “promuovono salute” (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
INDICATORE OT01IT01	Accordi intersettoriali
OBIETTIVO OT02 Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio	
INDICATORE OT02IT02	Formazione (A)
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

La Regione Piemonte con determina dirigenziale regionale (Atto DD 1612/A1413C/2020 del 11/12/2020) ha individuato una serie di risorse per la realizzazione del progetto regionale per l’attivazione di una struttura finalizzata a contenere i percorsi esperienziali e multimediali nell’ambito della prevenzione delle dipendenze comportamentali e non.

Concretamente si intende realizzare uno spazio regionale dedicato alla prevenzione che possa lavorare su tre livelli.

1. Livello cognitivo/informativo

Spazio on-line accessibile a tutti gli studenti della Regione Piemonte, insegnanti, operatori. Fruizione libera e/o mediata dai docenti/operatori.

Attività:

- Percorsi tematici in VR o Web; lezioni sui temi di salute integrate con la didattica
- Visita virtuale del Centro
- Presenza sui social; campagne di comunicazione specifiche sui temi di salute
- Banca dati dei prodotti digitali
- Contest annuale
- Sportello digitale a gestione mista peer/operatori

2. Livello esperienziale

Centro regionale nella Città di Torino con attività in sede e itineranti.

Attività:

- Percorsi/laboratori creativi, scientifici, multimediali, immaginativi per studenti a partire da esperienze già avviate in Piemonte (Proxesperience, Display, simulatori guida,...)
- Formazione docenti/operatori (Rete senza file, Unplugged, Diario di salute, Patentino per lo smartphone, ME, Peer&ME, Welfare di comunità,...)
- Formazione a distanza, sincrona e asincrona, webinar,...)
- Stati generali della prevenzione/promozione della salute
- Centro di documentazione di promozione della salute

3. Livello relazionale/territoriale

Territori: i SerD ed i Servizi di Prevenzione realizzano percorsi nelle classi come sviluppo dei contenuti dei precedenti livelli, con un concreto coinvolgimento e condivisione delle modalità preventive adottate dal progetto (cfr anche azione “Attività di prevenzione per adolescenti e giovani adulti”).

Attività:

- Tavolo regionale operatori pubblici e privati della prevenzione delle dipendenze.
- Costruzione condivisa dei percorsi preventivi da realizzare sul territorio regionale.

Il Centro svolgerà le sue attività in modo integrato con gli interventi degli operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze e in modo intersettoriale anche con accordi con Enti locali e del terzo settore che permetteranno di individuare spazi, attività e progettazioni comuni.

L'avvio del Centro Regionale sarà anche accompagnato dalla progettazione e realizzazione di una formazione integrata che coinvolgerà gli operatori dei servizi sanitari, degli Enti locali e del terzo settore interessati ai temi del PP4. Il corso partirà dalla definizione dei concetti centrali della progettazione partecipata esplorando concetti, metodologie e prospettive di realizzazione concreta di progetti interdisciplinari e intersettoriali. Ogni anno i gruppi regionali di coordinamento delle attività di prevenzione continueranno a sviluppare e proporre approfondimenti e nuove proposte formative sulla base di questa metodologia.

“La partecipazione dei cittadini è considerata un requisito imprescindibile per ridurre la dipendenza dai professionisti, facilitare e sostenere il cambiamento, assicurare una maggiore sensibilità nei confronti dei programmi che hanno un impatto sui cittadini e garantire una maggiore efficacia dei programmi stessi. In ambito sanitario gli studi presentati in un rapporto dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2006) hanno dimostrato che le strategie di partecipazione ed empowerment rivolte a persone con diabete, tumore e disturbi mentali hanno prodotto un miglioramento delle condizioni di salute attraverso due percorsi: un aumento della capacità di gestire la malattia da parte dei pazienti e un maggiore accesso alle risorse di supporto disponibili. Un altro campo di applicazione ben documentato è quello dei programmi rivolti ai giovani. Il rapporto O.M.S. mette in evidenza come iniziative che considerano i giovani come risorse dei programmi sul territorio, ad esempio dando loro la possibilità di poter contribuire alla definizione e al cambiamento della realtà sociale, hanno prodotto effetti sul senso di auto consapevolezza e di auto efficacia, hanno migliorato il benessere mentale e i risultati scolastici, hanno diminuito i tassi di abbandono scolastico, delinquenza e uso di sostanze”. (Cfr. *La progettazione partecipata intersettoriale e con la comunità*, a cura di Alessandro Coppo e Claudio Tortone, febbraio 2011).

TITOLO AZIONE	4.5 Attività di prevenzione per adolescenti e giovani adulti
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS02 Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	
OBIETTIVO OS03 Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l’internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l’associazionismo	
INDICATORE OS02IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola;altro:scuola- extrascuola: spazi di aggregazione, luoghi informali,...

DESCRIZIONE

Questa azione prevede lo sviluppo coordinato e diffuso di una serie di interventi che i servizi territoriali (Serd in specifico) dovranno realizzare secondo metodologie e prassi già consolidate negli anni. Particolare attenzione verrà posta all’integrazione delle diverse attività già programmate all’interno dei Piani Locali delle Dipendenze.

Gli interventi si realizzeranno sia in contesti di aggregazione e di educazione informale e sia in ambito scolastico, privilegiando una metodologia esperienziale e di Peer Education.

Attività specifiche da attivare in ogni ASL:

1. interventi educativi e informativi sul consumo di sostanze psicoattive legali e illegali;
2. interventi di media education e cittadinanza digitale atti a prevenire i fenomeni di ciberstupidity (hating, sexting, ...);
3. progetti di peer education;
4. attività di formazione e discussione con gruppi di docenti sull’utilizzo di sostanze in adolescenza, con la finalità di dare alcune competenze per parlare di questi temi in classe (soprattutto in collegamento con la didattica) e in modo che i docenti possano favorire l’accesso ai servizi di giovani e famiglie.

Sono in stretto collegamento con le attività di questa azione i progetti Patentino dello Smartphone, Rete Senza Fili, Unplugged, Diario della Salute e altri progetti afferenti alle buone pratiche come già descritto nel Programma PP1.

Inoltre questa azione è sviluppata in integrazione con l’Azione “Promozione della guida responsabile - Rete Safe Night Piemonte” del PP5.

TITOLO AZIONE	4.6 Esserci: Limitazione dei rischi/Riduzione del danno
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro: Interventi di limitazione dei rischi/riduzione del danno
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS05 Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA	
INDICATORE OS04IS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;età lavorativa
SETTING	altro:eventi e contesti (autorizzati o non autorizzati) aggregativi e di consumo

DESCRIZIONE

Gli interventi di limitazione dei rischi e riduzione del danno (LdR/RdD) vengono realizzati nei setting naturali di uso o in luoghi comunque frequentati dai consumatori nella loro quotidianità per fini di acquisto, utilizzo delle sostanze o altre attività sociali, aggregative e relazionali (interventi di outreach, drop in, presidi mobili...). Hanno modalità e finalità differenziate per tipologia di setting, modelli di uso e obiettivi del servizio/intervento.

La RdD/LdR è un compito dei Dipartimenti per le Dipendenze delle ASL (in base al DPCM del 12 gennaio 2017 art. 28 comma l, lett. k e al recepimento della Regione Piemonte DGR n. 42-8767 del 12 aprile 2019) e si realizza attraverso progetti e servizi che mettono in atto diversi interventi combinati:

- la trasmissione di corrette informazioni sui rischi connessi all'assunzione delle diverse sostanze psicoattive, con l'obiettivo di accrescere, individualmente e in gruppo, le conoscenze dei fruitori e stimolare scelte consapevoli e responsabili;
- le azioni di counselling, con modalità tipicamente informali, in cui per ogni intervento di riduzione del danno e di limitazione dei rischi si individua l'approccio più efficace nei confronti delle differenti soggettività e dei diversi riferimenti culturali dei consumatori;
- il coinvolgimento e la valorizzazione delle competenze dei consumatori che possono essere utilmente ingaggiati anche nel supporto tra pari;
- la messa a disposizione di presidi sanitari (es. siringhe sterili, profilattici, naloxone...);
- la costituzione di servizi predisposti (es. Drop in, Unità di strada...) e la definizione di funzioni e prestazioni mirate RdD/LdR all'interno del sistema dei servizi preposto alla cura delle dipendenze patologiche, che fa capo al Dipartimento per le Dipendenze;
- il collegamento e l'integrazione con gli interventi di altre istituzioni e servizi, in primo luogo dei servizi sociali e per gli adulti in difficoltà;
- il costante coordinamento, verifica e ridefinizione degli interventi, che richiedono l'aggiornamento e la formazione continua degli operatori;
- il drug checking, ovvero l'identificazione e l'analisi delle sostanze psicoattive e la contestuale restituzione ai consumatori delle informazioni così acquisite, che permette, attraverso l'utilizzo di diverse metodiche e strumenti disponibili, all'interno dei contesti del consumo e nei servizi di RdD/LdR, di migliorare le loro conoscenze circa la composizione gli effetti delle droghe presenti sul mercato, con attenzione particolare alle NSP, e di accrescere la capacità di auto protezione e contenimento dei rischi potenziali. Il drug checking favorisce la relazione e l'attività di counseling ai consumatori nel rispetto degli standard di garanzia della privacy. Consente al tempo stesso di aumentare la conoscenza degli operatori circa i modelli di consumo e il loro monitoraggio, valorizza le competenze dei consumatori e si interfaccia con il sistema di allerta nazionale e regionale SAR sulle pericolosità delle sostanze, in funzione della limitazione dei rischi e dei danni.

Gli interventi di RdD/LdR si caratterizzano per il loro marcato pragmatismo, per il ruolo di centralità conferito alle persone coinvolte ed alle loro competenze di autoprotezione e responsabilità, per la valorizzazione del contesto sociale come fattore di contenimento dei rischi. Essi si integrano, e sono interconnessi, sia con gli interventi di cura che di prevenzione. Per quanto concerne il trattamento, il lavoro delle Unità di strada e dei drop-in funge spesso da “ponte” nel raccogliere la motivazione e sostenere l’accesso a programmi riabilitativi, fornendo un contributo iniziale alla modificazione degli stili di vita. Rispetto all’ampio arco degli interventi di prevenzione, tutte le azioni di outreach, proiettate nelle diverse realtà territoriali, costituiscono una inevitabile componente all’interno di un articolato continuum di azioni.

TITOLO AZIONE	4.7 La comunicazione nella prevenzione delle dipendenze
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l’adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT06 Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l’adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva	
INDICATORE OT06IT05	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;età lavorativa
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

La comunicazione nell’ambito della prevenzione degli stati di dipendenza patologica riveste un ruolo fondamentale sia rispetto alla sensibilizzazione dei cittadini su determinate tematiche, anche complesse, sia per la promozione di valori e comportamenti volti alla salute.

Risulta fondamentale sviluppare iniziative integrate e progetti di empowerment attraverso azioni di sensibilizzazione (eventi, pubblicazioni di materiale informativo divulgativo,...) in occasione delle giornate tematiche OMS per mantenere viva l’attenzione della popolazione, e non solo degli addetti ai lavori, sugli sviluppi della ricerca e sull’importanza della promozione del benessere fisico e mentale, con particolare attenzione a contrastare lo stigma che da sempre accompagna il tema delle dipendenze patologiche.

In particolare, la realizzazione di eventi coordinati a carattere regionale o locale dovrà avvenire in occasione dell’Alcohol Prevention Day, della Giornata Mondiale senza Tabacco e della Giornata Mondiale contro l’AIDS. I documenti divulgativi prodotti andranno diffusi sui siti istituzionali, a cura di un gruppo di comunicazione che ne curerà la predisposizione.

Il gruppo di lavoro regionale per il piano di prevenzione di contrasto al GAP (gioco d’azzardo patologico) annovera tra le proprie finalità la realizzazione di specifiche attività di informazione e di sensibilizzazione sul fenomeno mirate a raggiungere i seguenti obiettivi:

1. informare e sensibilizzare la cittadinanza sui rischi correlati al gioco d’azzardo;
2. pubblicizzare i Servizi di cura e i possibili interventi di aiuto attivi sul territorio regionale per giocatori patologici;
3. facilitare i contatti con gli operatori dei Servizi pubblici e del privato sociale;
4. creare relazioni con gli Enti locali per costruire una rete di collaborazioni ed alleanze atte alla definizione di strategie per la prevenzione del fenomeno.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	4.8 Equità e attività regolativa: impatto LR 9/2016 “Norme per la prevenzione e il contrasto alla diffusione del gioco d’azzardo patologico”
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l’adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di “pratiche raccomandate”, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT07 Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	
INDICATORE OT07IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Nell’ambito delle competenze spettanti alla Regione in materia di tutela della salute e di politiche sociali, la Legge Regionale 9/2016 detta norme finalizzate a prevenire e contrastare il gioco d’azzardo patologico (GAP) e a tutelare le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione ed è di per sé equitativa.

I giocatori patologici sono quei giocatori per cui il gioco costituisce una grave dipendenza correlata a quattro tipi di problemi: economici, relazionali, sanitari e di carattere giudiziario. Anche quando il gioco d’azzardo non scade nella patologia agisce a livello sociale come una tassa regressiva che incrementa le disuguaglianze sociali anziché diminuirle.

Numerosi studi internazionali dimostrano che le perdite da gioco d’azzardo colpiscono maggiormente le fasce di popolazione a basso reddito, i disoccupati, le persone già assistite da programmi di welfare e i soggetti cosiddetti vulnerabili a causa di pregressi disturbi mentali e dipendenze dall’abuso di sostanze. Il rischio che il gioco d’azzardo costituisca una trappola in particolare per le persone che già vivono in condizioni disagiate emerge chiaramente da recenti ricerche (vedi report *Le politiche di prevenzione e contrasto al gioco d’azzardo patologico in Piemonte*, Ires, gennaio 2021). I report periodici, redatti ai sensi dell’art. 12 (clausola valutativa) della legge regionale 9/2016, riportano chiaramente una drastica riduzione dei pazienti in carico ai SerD con diagnosi principale da “DGA” (Disturbo da Gioco d’Azzardo), passando da circa 1500 (anno 2015) a circa 850 (anno 2020).

Inoltre si è assistito ad una forte diminuzione dei volumi di gioco fisico in Piemonte a fronte di un incremento nelle altre regioni italiane. Rispetto al dato del 2016, anno di entrata in vigore della legge piemontese, la diminuzione registrata in Piemonte nel 2019 è di circa 580 milioni di euro.

Oggi, alla luce della revoca della Legge Regionale n. 9/2016 di cui sopra e dell’entrata in vigore della nuova Legge Regionale n. 19 del 15 luglio 2021, si ritiene utile proporre come azione orientata all’equità la valutazione di impatto della nuova legge sia sui pazienti in carico ai SerD sia sui volumi di gioco, indicatori fondamentali per misurare e valutare il permanere o meno dell’azione equitativa.

MONITORAGGIO DELL’AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Monitorare l’andamento dei volumi di gioco fisico al fine di valutare l’impatto della legislazione regionale			
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO				
Si intende utilizzare il metodo di valutazione di impatto denominato “differenza nelle differenze” mettendo a confronto l’andamento dei volumi di gioco fisico in Piemonte con l’andamento registrato nel resto d’Italia nello stesso periodo di tempo. L’impatto della legislazione regionale corrisponde alla differenza tra il trend regionale e quello nel resto d’Italia.				
ATTORI COINVOLTI				
INDICATORE	Volume di gioco fisico			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Trend volume di gioco fisico • Standard: Riduzione rispetto al 2019 • Fonte: IRES Piemonte 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Riduzione rispetto al 2019
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Monitorare l’andamento del numero di pazienti per dipendenza patologica da gioco d’azzardo in carico ai Serd			
DESCRIZIONE: Con il monitoraggio si intende verificare se gli eventuali cambiamenti siano riconducibili o meno anche a modifiche dell’offerta di servizi sul territorio.				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO	Sarà definito un sistema di indicatori di output che permetta di rilevare informazioni ulteriori rispetto al numero di pazienti in carico ai Serd, riguardanti le risorse umane impegnate e i servizi erogati. Sarà effettuato un aggiornamento degli indicatori su base periodica			
ATTORI COINVOLTI				
INDICATORE	Numero di pazienti per dipendenza patologica da gioco d’azzardo in carico ai Serd			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Trend numero di pazienti per dipendenza patologica da gioco d’azzardo in carico ai Serd • Standard: Riduzione rispetto al 2019 • Fonte: Regione Piemonte 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Riduzione rispetto al 2019

3.5 PP05 Sicurezza negli ambienti di vita

3.5.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP05
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Lucia Portis
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO3 Incidenti domestici e stradali
MACRO OBIETTIVI TRASVERSALI DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale</p> <p>MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane</p> <p>MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità</p> <p>MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale</p> <p>MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui</p> <p>MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)</p> <p>MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici</p> <p>MO3-03 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità</p> <p>MO3-04 Monitorare il fenomeno, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi</p> <p>MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente</p> <p>MO3-06 Migliorare i dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale</p> <p>MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute</p> <p>MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico</p> <p>MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche</p>
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<p>MO1LSm Implementazione di programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione per un invecchiamento in buona salute e con ridotto carico di malattia e disabilità (empowerment individuale e dei caregiver, stili e ambienti di vita, condizioni e risorse sociali, rete di sostegno e di assistenza, etc.)</p> <p>MO2LSg Sviluppo di collaborazioni con i gestori dei locali e gli organizzatori degli eventi</p>

	<p>finalizzate alla riduzione dei rischi legati all'abuso di alcol e altre sostanze psicoattive e al miglioramento ambientale (es. regolazione rumori, disponibilità acqua, disponibilità di informazioni)</p> <p>MO3LSa Sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili vita con particolare riguardo all'attività fisica e al corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano</p> <p>MO3LSb Sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile</p> <p>MO3LSc Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS</p> <p>MO3LSd Implementazione di percorsi di interoperabilità fra i servizi coinvolti</p> <p>MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate</p> <p>MO3LSg Azioni di prevenzione per i guidatori professionisti</p> <p>MO3LSH Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio</p> <p>MO3LSi Sviluppo di interventi strutturati di miglioramento del dato dei feriti gravi (record linkage)</p> <p>MO5LSa Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health</p>
LEA	<p>B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni</p> <p>B06 Promozione della sicurezza stradale</p> <p>B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo</p> <p>F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)</p> <p>F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione</p> <p>F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol</p> <p>F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica</p> <p>F09 Prevenzione delle dipendenze</p>

3.5.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Gli infortuni (intesi come traumi o avvelenamenti a genesi non intenzionale) vanno considerati un problema di salute pubblica rilevante, rappresentando la quarta causa di morte dopo malattie cardiovascolari, cancro e malattie respiratorie, nonché la principale causa di morte in bambini, adolescenti e giovani adulti. In Europa, oltre la metà degli infortuni mortali avviene in ambiente domestico o durante attività del tempo libero; circa ¼ sono dovuti a incidenti stradali; percentuali minori per gli infortuni sul lavoro, a scuola o per attività sportive (EuroSafe, 2014).

Per ogni persona morta ve ne sono circa 200 che necessitano di assistenza ospedaliera, molte delle quali esitanti in disabilità, spesso permanente. Ne deriva un burden of disease particolarmente importante: la disabilità residua stimata tramite l'indicatore YLD (years lived with disability) vede in Italia gli infortuni al terzo posto dietro i disturbi mentali e i disturbi muscoloscheletrici (WHO, 2014). Peraltro, valutazioni più accurate basate sull'analisi delle cartelle cliniche ospedaliere portano a ritenere ampiamente sottostimate le cifre di disabilità da infortuni indicate dall'OMS (Haagsma, 2012). I tassi di DALYs (indicatore di mortalità prematura e disabilità residua) indicano l'Italia tra i paesi europei a maggiore occorrenza di problemi di salute associati a infortuni, in entrambi i generi. Basandosi sui dati di Pronto

Soccorso, si rileva come tale eccesso sia principalmente correlato alla problematica dell'incidentalità stradale, e meno agli infortuni domestici e del tempo libero.

Aspetto positivo, si osserva da alcuni decenni un trend di riduzione della mortalità causata da infortuni. Il Piemonte presenta tassi di mortalità da infortuni superiori al valore nazionale ma tale differenziale si sta riducendo. Per quanto riguarda invece gli incidenti domestici, non si rilevano differenze significative tra i tassi della regione e i valori nazionali. Il 2020 ha rappresentato una ulteriore eccezione, causa lockdown da Covid-19, con una riduzione marcata della mobilità e conseguente riduzione sia della mortalità che degli accessi in PS associati a traumi: per gli accessi da incidenti stradali si è avuta nel primo semestre 2020 una riduzione del 55% rispetto allo stesso periodo del 2019.

I tassi di occorrenza di traumi e avvelenamenti sono naturalmente differenziali per fasce di età e genere. Anche le modalità di accadimento acquistano peso differente in relazione alle fasce di età: ad esempio, negli anziani le cadute rappresentano la causa di quasi la metà degli infortuni mortali occorsi in ambienti di vita (quindi esclusi gli incidenti stradali); nei bambini acquistano rilievo gli annegamenti (¼ degli infortuni mortali in ambienti di vita); in adolescenti e giovani adulti risulta preponderante la proporzione di incidenti stradali, causa di oltre la metà degli infortuni mortali (EuroSafe, 2014; WHO, 2014). È utile ricordare come in questa fascia assuma rilievo la problematica dei traumi intenzionali (auto-lesioni e violenze), ma si tratta di temi non affrontati nel presente PRP.

Riguardo il luogo di accadimento degli infortuni, risalta la casa come ambiente in cui avvengono circa la metà degli infortuni causa di trauma in anziani (EuroSafe, 2014).

La distribuzione territoriale è disomogenea: indagando l'occorrenza di ricoveri per fratture del femore (outcome associato alle cadute nella popolazione anziana) e la mortalità per incidenti stradali si osservano cluster meritevoli di attenzione per interventi di prevenzione.

Riguardo le priorità per la sicurezza stradale, pedoni e motociclisti continuano a rappresentare in Piemonte le categorie di utenti della strada con i più alti indici di mortalità (Zimelli & Marino, 2020).

Essendo gli incidenti una causa di mortalità e disabilità largamente prevenibile, la qualità di vita di tutte le fasce di età può essere ampiamente migliorata aumentando il livello di sicurezza degli ambienti di vita e sulle strade (EuroSafe, 2014).

Il rischio di subire traumi risulta differenziale per livello socio-economico, risultando maggiore nei soggetti con minore livello di istruzione o residenti in aree più deprivate. Il gradiente sociale risulta evidente soprattutto nel genere maschile, per quanto riguarda i ricoveri per traumi nel loro complesso, ma per entrambi i generi analizzando gli incidenti stradali. Riguardo la mortalità, il gradiente per livello di istruzione risulta meno marcato, e non evidente nel genere femminile.

Tra le priorità di azione rientra la prevenzione delle cadute tra le persone anziane che continuano a rappresentare, in tutto il mondo, una priorità per la sanità pubblica a causa della loro frequenza e gravità.

I risultati nazionali dello studio "Le cadute nella popolazione con 65 anni e più: risultati del sistema nazionale di sorveglianza PASSI d'Argento" dimostrano che a una probabilità significativamente più elevata di cadere sono associati i seguenti fattori di rischio: essere donna (OR 1,63); essere disabile (OR 2,27); avere problemi di memoria e orientamento (OR 1,89); avere problemi di vista non risolti (OR 1,55); essere in polifarmacoterapia (oltre 4 farmaci) (OR 1,62); avere molte difficoltà economiche (OR 1,68); abitare in una casa con problemi strutturali (OR 1,3).

Le persone più svantaggiate sono più interessate dagli incidenti domestici nonostante il presumibile maggiore livello di consapevolezza.

Le ragioni per cui le persone con più di 84 anni esitano in minor numero di ricoveri andrebbe indagato: potrebbe essere dovuto anche ad un minor investimento nelle cure, ad esempio potrebbero non esserci indicazioni ad intervento per aumento del rischio operatorio.

Il confronto con il campione nazionale evidenzia che in Piemonte il numero di persone che riferiscono di essere cadute è inferiore alla media nazionale (4,7%). Anche la paura di cadere è riportata da un numero inferiore di persone (22% degli intervistati), mentre la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto consigli da parte di personale sanitario è più alta rispetto alla media nazionale (21%).

Situazioni più negative riguardano invece le cadute in ambiente domestico (l'82% delle cadute è avvenuta in casa rispetto al 64% del dato nazionale), la scarsa consapevolezza del rischio di infortunio

domestico (14% del Piemonte rispetto al 33% del dato nazionale) e il limitato uso dei presidi anticaduta (il 46% degli intervistati piemontesi rispetto al 67% del campione nazionale).

In Piemonte la frequenza maggiore di cadute si ha nelle persone con più di 74 anni rispetto a quelle con 65-74 anni (6% vs 3%), per le donne rispetto agli uomini (6,1% vs 2,8%), nelle persone con maggiori difficoltà economiche e fra coloro che hanno paura di cadere (cinque volte più frequentemente rispetto a coloro che non hanno paura di cadere).

Il 15% degli intervistati ha dichiarato di essere caduto almeno una volta negli ultimi 12 mesi (circa il 3% più di una volta).

Delle persone che sono cadute, il 30% ha richiesto cure e una su quattro è stata ricoverata (24%).

Sulla base dell'autosufficienza, della presenza di patologie croniche e di fattori di rischio, la popolazione anziana viene suddivisa in quattro sottogruppi (in buona salute, a basso rischio di malattia, a rischio di disabilità). Come atteso, le cadute risultano più frequenti fra le persone con rischio di disabilità o con disabilità conclamata: cinque volte di più rispetto alle persone in buona salute a basso rischio di malattie croniche.

In sintesi, queste sono le caratteristiche di coloro che hanno riferito di essere caduti nei 30 giorni precedenti l'intervista:

- Le persone con 75-84 anni e con 85 anni e più
- Le donne
- Le persone con difficoltà economiche
- Le persone con sintomi di depressione

La percezione del rischio e la paura di cadere influenzano il comportamento delle persone, la prima determinando una maggiore attenzione alle condizioni della casa, ad esempio utilizzando dispositivi anticaduta, la seconda aumentando il senso di insicurezza e quindi il rischio effettivo di cadere. Tra gli intervistati del Piemonte, il 14% dichiara di essere consapevole del rischio di cadere e il 22% ha paura che questo avvenga. Sono soprattutto le donne ad avere maggior consapevolezza rispetto agli uomini, sebbene in maniera non significativa (16% vs 11%) ma anche una maggior paura (27% delle donne rispetto a 15% degli uomini).

Chi ha maggiori difficoltà economiche ha maggiore percezione del rischio (il 42% rispetto al 21% di chi ha qualche difficoltà e al 9% di chi non ne ha) mentre non c'è differenza per grado di istruzione oppure il vivere da solo. Le persone con maggiori difficoltà economiche, chi è già caduto in passato e gli ultra74enni hanno più paura di cadere.

Si osserva da alcuni decenni un trend di riduzione della mortalità causata da incidenti stradali. Il Piemonte presenta tassi di mortalità da incidenti superiori al valore nazionale ma tale differenziale si sta riducendo.

I programmi d'azione europei per la sicurezza stradale, per i decenni 2001-2010 e 2011-2020, hanno impegnato ed impegnano tutt'oggi i Paesi membri a conseguire il dimezzamento dei morti per incidente stradale, con una particolare attenzione, nel decennio in corso, agli utenti vulnerabili (pedoni, ciclisti e motociclisti).

Il Piemonte ha raggiunto il primo obiettivo, del dimezzamento del numero dei decessi per il decennio 2001-2010, nel 2012, con due anni di ritardo rispetto a quanto stabilito dai programmi d'azione europei per la sicurezza stradale. In questo periodo, le vittime della strada, si sono ridotte nella Regione rispettivamente del 41,9%, in linea con l'andamento nazionale del 42,0%.

Per raggiungere l'obiettivo del "2020" bisogna scendere sotto la soglia dei 163 decessi da incidenti stradali, rispetto ai 327 verificatisi in Piemonte nel 2010: ne consegue che nel 2020 la variazione annua dei decessi, rispetto a quello del 2019, sarebbe dovuta diminuire almeno del 29,7%: i morti nel 2020 sono stati 182, ma questa riduzione è avvenuta non per azione di politiche di prevenzione, bensì per effetto delle restrizioni alla mobilità adottate per fronteggiare l'emergenza Covid-19. Bisognerà quindi attendere gli esiti del 2021 e 2022 per capire se la riduzione della mortalità risulta persistente o si ritornerà ai precedenti tassi.

Nell'ultimo biennio pre-lockdown, 2018 e 2019, l'indice di mortalità in Piemonte diminuisce passando dal valore di 2,3% a 2,2% deceduti (in linea con l'andamento medio nazionale che da 1,9 passa a 1,8 ogni

100 incidenti), così come gli indici di lesività (-1,3%), gravità (-0,1%) e di conseguenza anche il tasso di mortalità stradale (-0,5%). Entrando nel merito della distribuzione a livello provinciale, non passa inosservato l'incremento degli indici di mortalità (+0,3%), lesività (+3,6%), gravità (+0,1%) così come il tasso di mortalità stradale (+0,5%) della provincia di Alessandria, con un'inversione di tendenza rispetto al biennio precedente (2017-2018); ad Asti, anche se si rileva un decremento dell'indice di lesività del 2,3%, si osserva un incremento maggiore rispetto ad Alessandria, degli indici di mortalità (1,3%), gravità (0,8%) così come il tasso di mortalità stradale (2,8%). Per Vercelli e Biella l'incremento si rileva solo per l'indice di lesività e rispettivamente del 4,4% e del 5,0%. Le province di Torino e del Verbano Cusio Ossola, come nel biennio precedente, continuano a mostrare un decremento del fenomeno con tutti i valori degli indici in diminuzione; anche le province di Novara e Cuneo, nel 2019, presentano un decremento nei valori di tutti gli indici rispetto all'anno precedente (dati tratti da "Incidentalità stradale in Piemonte al 2019").

Per quanto riguarda invece gli incidenti domestici, non si rilevano differenze temporali significative tra i tassi della regione e i valori nazionali. La distribuzione territoriale è tuttavia disomogenea: indagando l'occorrenza di ricoveri per fratture del femore (outcome associato alle cadute nella popolazione anziana) si osservano cluster meritevoli di attenzione per interventi di prevenzione, ad esempio le grandi aree urbanizzate.

Anche l'evoluzione del contesto socio-economico può avere un impatto sugli indicatori di incidentalità. Sebbene a livello nazionale i tassi di disoccupazione siano ancora più drammatici, il tasso di disoccupazione regionale rimane alto (nel 2019: 7,7% nella popolazione in età lavorativa; 26,9% nei giovani), stabilizzandosi e senza riuscire ad invertire il trend conseguente alla grave crisi economica del 2007-2009. L'emergenza Covid-19 dovrebbe aver ulteriormente peggiorato tale tasso. La struttura occupazionale continua a registrare un aumento della percentuale di occupati nel settore dei servizi, con lieve ma costante declino degli occupati nell'industria e nell'agricoltura. Segnali negativi che si riflettono sulle condizioni economiche familiari: aumenta la percentuale di famiglie in povertà relativa (dal 5,3% delle famiglie nel 2010 al 9,6% nel 2019). Sebbene la situazione piemontese rimanga migliore rispetto al valore nazionale, la percentuale di incremento di famiglie in povertà è maggiore. Analisi di letteratura indicano una riduzione di incidenti mortali associata a recessione economica (Wegman, 2017). Questo fattore andrà quindi tenuto presente analizzando il trend dell'incidentalità negli anni oggetto di azione del PP5.

3.5.3 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il Programma si concentra sulla promozione della sicurezza, sia domestica che stradale, all'interno delle comunità, coinvolgendo tutte le realtà attive territoriali. La sicurezza domestica e stradale è un bene di tutti e va promossa con un'azione integrata e trasversale tra tutti gli attori coinvolti (Enti locali, istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale, ecc.).

La convinzione radicata nella maggior parte delle persone che la casa sia il luogo più sicuro in cui stare, porta a sottovalutare i rischi legati alla vita domestica. L'abitudine e la ripetitività dei gesti quotidiani determinano una sensazione di falsa sicurezza o una riduzione della soglia di attenzione o di guardia rispetto ad azioni potenzialmente pericolose o a situazioni in atto (per esempio caratteristiche della casa e in particolare degli impianti) che non rispettano gli standard di sicurezza.

La maggior parte degli **incidenti domestici** può essere evitata attraverso alcune modifiche nell'organizzazione della casa o semplici accorgimenti e precauzioni in generale e una maggior attenzione da parte dei genitori in caso di incidenti ai più piccoli. Per la sicurezza delle persone più anziane attenzione particolare deve essere posta alla prevenzione delle cadute, per la quale è necessario agire su tutti i determinanti (ambiente domestico e spazi pubblici sicuri, programmi di attività fisica, corretto uso dei farmaci), anche attraverso la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (es. possibilità di sospendere la somministrazione di farmaci che hanno effetti sulle performance psicofisiche).

Nell'ambito della **sicurezza stradale**, i comportamenti non corretti alla guida dell'auto e il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza (cinture, seggiolini per bambini) sono responsabili di gran parte degli incidenti.

Alla luce di ciò, le azioni del Programma sono indirizzate a sensibilizzare la comunità, a partire dai più piccoli, promuovendo una cultura della sicurezza fondata su una corretta percezione del rischio, che abbia come conseguenza l'adozione di comportamenti e accorgimenti finalizzati a prevenire gli incidenti domestici e stradali, attraverso apposite attività educative, informative e formative.

Il Programma presenta quindi tre aree di lavoro:

- *Advocacy*: Il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione è quello di coordinare e gestire la messa in rete di tutti gli attori coinvolti in questa tematica, attraverso attività di *advocacy* negli e tra gli enti territoriali al fine di promuovere politiche per la sicurezza della popolazione generale, in particolare delle fasce più deboli (bambini e anziani).
- *Promozione di comportamenti sicuri* attraverso la realizzazione di interventi educativi in ambito scolastico e nella comunità (scuola, circoli anziani, farmacie, scuole guida, ...) e la formazione degli operatori socio sanitari, il personale della scuola, le associazioni di categoria.
- *Comunicazione*: campagne di sensibilizzazione alla popolazione (comuni, farmacie, scuole guida, comunità...).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- *“La sicurezza dei pedoni: Un manuale sulla sicurezza stradale per decisori e professionisti” World Health Organization 2013 Tabella 4.1: Misure e interventi specifici per migliorare la sicurezza dei pedoni, le azioni di miglioramento della consapevolezza e dei comportamenti di pedoni e veicoli, come pure le azioni volte alla riduzione dell'esposizione dei pedoni al traffico veicolare, hanno efficacia dimostrata o promettente.*
- *Pubblicazione DORS “L'advocacy politica: un approccio promettente per migliorare la sicurezza dei pedoni nelle comunità povere”, gli interventi con gli amministratori locali, aumentano l'attenzione e il sostegno alle politiche della sicurezza.*
- *[Http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74686/E84938.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74686/E84938.pdf?ua=1) - OMS Europa 2004*
- *Linea Guida Nazionale della prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (ISS PNLG maggio 2009)*
- *Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea Guida Prevenzione. ISS-SNLG- NIEBP, novembre 2011)*
- *La Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, ISS-SNLG -NIEBP, febbraio 2017*

Declinazione a livello regionale del Programma

Il Programma Predefinito PP5 “Sicurezza negli ambienti di vita” del PNP 2020-2025, centrato sulla prevenzione dell'incidentalità, reintroduce un focus specifico sulla tematica che, all'interno del PRP 2014-2019, era stata affrontata tramite Azioni dedicate nei due programmi di setting “Guadagnare Salute Piemonte”: 2 - “Comunità e ambienti di vita” e 4 - “Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario”. Il programma si concentra sulla promozione della sicurezza, sia domestica che stradale, all'interno delle comunità, coinvolgendo tutte le realtà territoriali attive. La sicurezza domestica e stradale è un bene di tutti e va promossa con un'azione integrata e trasversale tra tutti gli attori coinvolti (Enti locali, istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale, ecc.). La convinzione, radicata nella maggior parte delle persone, che la casa sia il luogo più sicuro in cui stare porta a sottovalutare i rischi legati alla vita domestica. L'abitudine e la ripetitività dei gesti quotidiani determinano una sensazione di falsa sicurezza e una riduzione della soglia di attenzione rispetto ad azioni o a caratteristiche ambientali potenzialmente pericolose. L'aumento della consapevolezza del rischio nella popolazione, ed in particolar modo nei soggetti maggiormente coinvolti, è la prima tappa per innescare un processo di cambiamento di mentalità e di abitudini che porta alla riduzione del rischio ma anche del danno conseguente

all'incidentalità domestica. La maggior parte degli incidenti domestici può essere infatti evitata attraverso alcune modifiche nell'organizzazione della casa o semplici accorgimenti e precauzioni, oppure attraverso una maggior attenzione da parte dei genitori in caso di incidenti che coinvolgono i bambini. Una particolare attenzione merita la prevenzione delle cadute negli anziani: il Piemonte è una delle regioni con indice di vecchiaia più elevato (212,4 nel 2020) e nel 2019, nella nostra regione, 28.170 anziani con età uguale o superiore a 75 anni, si sono recati in Pronto soccorso per una lesione traumatica conseguente ad una caduta in ambiente domestico. È ampiamente documentato in letteratura che le cadute negli anziani siano frequentemente causa di mortalità e invalidità diretta o conseguente agli esiti dell'ospedalizzazione. La prevenzione in questo ambito di fragilità diventa quindi di rilevante importanza sia sanitaria che sociale ma anche economica. Gli interventi devono focalizzarsi sull'assetto dell'abitazione e sulla presenza di presidi anticaduta ma anche su programmi protettivi di attività fisica e mobilità attiva rendendo quindi sicuri anche gli spazi pubblici. In linea con le Linee Guida sulla prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani, sono fortemente raccomandati programmi di intervento personalizzati tesi a migliorare la forza, la deambulazione e l'equilibrio.

Un altro elemento da non trascurare è la presenza di patologie croniche che, secondo i dati di PASSI d'Argento, coinvolgono più del 60% della popolazione con 65 anni o più, questo aspetto si intreccia con l'incidentalità domestica per le possibili conseguenze delle patologie stesse (disturbi cognitivi, limitazioni funzionali, alterazioni sensoriali...) ma soprattutto per la necessità che hanno i pazienti cronici di assumere numerosi farmaci che possono direttamente (effetti collaterali, interazioni, appropriatezza) o indirettamente (compliance terapeutica) determinare le condizioni favorevoli la caduta dell'anziano.

Secondo i dati ISTAT, nel 2019 si sono verificati in Piemonte 10.646 incidenti stradali che hanno causato la morte di 232 persone, il tasso di mortalità complessivo per incidente stradale è del 5,3% ma è più elevato nelle fasce di popolazione giovane (15-29 anni 7,4%) e negli anziani (≥65 anni 8%). Nell'ambito della sicurezza stradale, i comportamenti non corretti alla guida dell'auto, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza (cinture, seggiolini per bambini), l'abuso di alcol e sostanze stupefacenti sono responsabili di gran parte degli incidenti. Alla luce di ciò, le azioni del programma sono indirizzate a sensibilizzare la comunità attraverso apposite attività educative, informative e formative finalizzate alla promozione di una cultura della sicurezza fondata su una appropriata percezione del rischio, che possa indirizzare all'adozione di comportamenti e accorgimenti finalizzati a prevenire gli incidenti domestici e stradali.

3.5.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PP05_OT01	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche			
INDICATORE PP05_OT01_IT01	Accordi intersettoriali			
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario			
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Almeno 1 accordo	--	--	Almeno 2 accordi
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PP05_OT02	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting			
INDICATORE PP05_OT02_IT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica			
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e sociosanitari finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza degli ambienti domestici e della strada e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile			
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale
Fonte	Regione			
INDICATORE PP05_OT02_IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani			
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori Sanitari e Sociosanitari (inclusi i MMG), i collaboratori familiari e i caregiver per la prevenzione degli incidenti negli ambienti domestici tra gli anziani, anche attraverso il corretto uso dei farmaci			
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PP05_OT03	Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio			
INDICATORE PP05_OT03_IT04	Comunicazione e informazione			
formula	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali			
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PP05_OT04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate			
INDICATORE PP05_OT04_IT05	Lenti di equità			
formula	Adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021			
Fonte	Regione			

3.5.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PP05_OS01	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile			
INDICATORE PP05_OS01_IS01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *			
formula	(N. di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL ha espresso un contributo nell'ambito del procedimento di VAS) / (N. totale di PUMS) x100			
Standard	30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	30% di PUMS	--	80% di PUMS
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP05_OS02	Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici			
INDICATORE PP05_OS02_IS02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")			
formula	presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)			
Standard	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022	--	--	--
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP05_OS01	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile			
INDICATORE PP05_OS01_IS03	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età			
formula	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) x 100			
Standard	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	20% Comuni	--	50% Comuni
Fonte	Regione			
INDICATORE PP05_OS01_IS04	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)			
formula	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) x 100			
Standard	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	50% ASL	--	100% ASL
Fonte	Regione			

INDICATORE PP05_OS01_IS05	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)			
formula	presenza			
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	disponibilità di 1 Documento entro il 2022	--	--	--
Fonte	Regione			

3.5.6 Azioni

TITOLO AZIONE	5.1 Promozione della mobilità sostenibile
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	
INDICATORE OS01IS01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell’ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	
INDICATORE OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L’azione intende costruire alleanze e consolidare processi collaborativi, a livello regionale e a cascata a livello locale, con i seguenti portatori d’interesse, come principali partner: Assessorati regionali al Welfare, Trasporti, Ambiente, ANCI, Enti locali. L’intento è quello di facilitare, rafforzare e sistematizzare, anche attraverso la condivisione e l’adesione a documenti di advocacy, collaborazioni, politiche e azioni intersettoriali e complementari, attente all’equità e al contrasto delle disuguaglianze, per uno stile di vita attivo e per la mobilità sostenibile in collaborazione con il PP2 e il PP9.

Negli anni di vigenza del PRP 2020-2025 si costituiranno tavoli di lavoro con i diversi interlocutori per sviluppare una maggior consonanza di obiettivi tra i diversi settori/attori, il riconoscimento e la valorizzazione delle reciproche competenze e risorse e per realizzare una più fattiva partecipazione nella definizione di interventi e progetti e nella loro realizzazione, gestione e diffusione. La finalità principale sarà condividere e sottoscrivere accordi intersettoriali.

In particolar modo saranno valorizzate tutte le attività inerenti il miglioramento del sistema della mobilità urbana ed extra urbana come obiettivo imprescindibile sia per contribuire alla lotta ai cambiamenti climatici sia per il contrasto dei fenomeni di inquinamento atmosferico a scala locale, sia per la prevenzione degli incidenti stradali.

Il Piano Urbano della Mobilità Sostenibile (PUMS) è un piano strategico che si basa sugli strumenti di pianificazione esistenti e tiene in debita considerazione i principi di integrazione, partecipazione e

valutazione per soddisfare, oggi e domani, le necessità di mobilità delle persone e delle merci con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita nelle città e nei loro dintorni. Sarà effettuata una mappatura dei PUMS esistenti in Piemonte, su quelli in via di definizione e, nel caso di impossibilità ad adottare il PUMS, una ricognizione delle attività dei territori inerenti la mobilità sostenibile.

Attività a livello regionale:

- Costituzione del tavolo intersettoriale
- Mappatura PUMS
- Mappatura PUMS in via di definizione
- Ricognizione attività inerenti la mobilità sostenibile

TITOLO AZIONE	5.2 Prevenzione degli incidenti domestici
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	
INDICATORE OT02IT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica
OBIETTIVO OT03 Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	
INDICATORE OT03IT04	Comunicazione e informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di grande interesse per la sanità pubblica: disabilità, sofferenza, calo della produttività sono infatti alcuni degli aspetti legati a questo tema. Causa importante di morbosità e di mortalità nella maggior parte dei Paesi industrializzati, gli incidenti domestici, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, non risparmiano nessuna fascia d'età e sono la prima causa di morte per i bambini. Da non sottovalutare, poi, l'aspetto sociale legato all'impatto psicologico che questo tipo di infortuni ha sulla popolazione che considera la casa il luogo sicuro per eccellenza. Così come le malattie, anche gli incidenti possono essere prevenuti. Diverse sono le iniziative di prevenzione a livello istituzionale. Le più efficaci sembrano essere quelle che considerano approcci multipli: campagne di informazione e di educazione (verso anziani, bambini, genitori), formazione di operatori sanitari volta all'acquisizione di competenze per la rilevazione della sicurezza degli ambienti domestici, fornitura a basso costo di dispositivi di sicurezza (maniglie antiscivolo, spie antincendio ecc.) (www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici)

Viste queste premesse l'azione prevede le seguenti attività: aumentare il livello di consapevolezza nella popolazione generale sui rischi di incidenti domestici attraverso la diffusione dei dati alla stampa, a MMG e PLS; formazione a MMG, PLS e operatori dei DMI, dei Centri Vaccinali, delle cure domiciliari, finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza degli ambienti domestici e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile; costruzione di materiale informativo da distribuire nei punti strategici di accesso ai servizi dell'ASL, degli Enti Locali, del Terzo Settore, MMG e PLS; diffusione materiali della campagna *Maneggiare con cura* (target bambini) da diffondere presso punti vaccinali, studi dei PLS, consultori pediatrici e famigliari; revisione del progetto "Affy, fiuta pericoli" e sua implementazione (PP1).

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	5.3 Prevenzione delle cadute in ambiente domestico nella popolazione anziana
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, ecc
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	
INDICATORE OT01IT01	Accordi intersettoriali
OBIETTIVO OT02 Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	
INDICATORE OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani
OBIETTIVO OT04 Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate	
INDICATORE OT04IT05	Lenti di equità
CICLO DI VITA	terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Le cadute minacciano l'indipendenza degli anziani e causano una cascata di conseguenze individuali e socioeconomiche, rappresentando quindi un problema di salute comune e serio con conseguenze anche gravi. Tuttavia possono essere prevenute attraverso numerosi interventi basati sull'evidenza. È importante identificare la popolazione più vulnerabile, nei confronti della quale l'applicazione di misure preventive può avere i migliori risultati di salute pubblica (Report Sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2019).

Benché i fattori legati all'ambiente fisico siano le più comuni cause di caduta, gli atteggiamenti influiscono su come le persone interpretano e accettano le cadute in età avanzata; per questo risultano fondamentali interventi di informazione e counselling su come prevenire, affrontare ed accettare le cadute, sia per gli anziani che per i caregiver, e un adeguato supporto sociale per il contrasto della povertà e dell'isolamento, correlati anch'essi a un aumento del rischio (<https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/>).

L'analisi dei dati a livello nazionali e locale (Passi e Passi d'Argento) ha messo in evidenza la correlazione tra incidenti domestici della popolazione anziana con bassi livelli di scolarità e reddito e situazioni di isolamento sociale. I fattori sociali potrebbero aumentare il rischio di caduta negli anziani. Infatti, la povertà, il grado di deprivazione relativa, l'isolamento hanno un impatto considerevole sulla salute della popolazione (LINEA GUIDA Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani). L'azione equity-oriented prevede l'individuazione di un territorio in ogni ASL e si struttura come percorso di ricerca-azione-partecipata inizialmente per comprendere da un punto di vista qualitativo le difficoltà degli anziani e le motivazioni degli incidenti e in seguito per la costruzione partecipata della prevenzione dei rischi di incidenti domestici con la popolazione target, gli enti locali, il terzo settore e i MMG attraverso strategie di *engagement* di comunità, cioè processi di collaborazione con i gruppi della comunità per affrontare i problemi che hanno un impatto sul benessere di quei gruppi, includendo rapporti credibili e trasparenti e processi decisionali collaborativi.

A livello regionale si prevede:

- l'istituzione di un tavolo di lavoro con settore welfare e con associazioni che si occupano di invecchiamento attivo;
- la definizione e il calcolo di alcuni indicatori di occorrenza delle cadute in ambiente domestico negli anziani.

A livello locale si prevede:

- l'individuazione in ogni ASL della Regione di un territorio con la popolazione anziana con basso livello socio-economico e con problema di isolamento sociale (persone che vivono sole senza caregiver);
- la mappatura dei servizi/attori coinvolgibili nelle attività di prevenzione (enti pubblici e terzo settore);
- la costituzione di un gruppo di lavoro con i servizi/attori individuati dalla mappatura sulle strategie relative alla prevenzione delle cadute;
- l'approfondimento delle modalità di accadimento degli incidenti domestici degli anziani (dati Pronto Soccorso, SDO e Sistemi di Sorveglianza);
- la realizzazione di percorsi formativi per caregiver, badanti, volontari, operatori sanitari, operatori degli enti locali, MMG;
- la costruzione di materiale informativo «situato»;
- l'individuazione di percorsi di sostegno (con l'aiuto di MMG e terzo settore).

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Individuare un territorio con alto indice di deprivazione			
DESCRIZIONE: Ogni ASL della Regione dovrà individuare un territorio con un alto indice di deprivazione meritevole di interventi mirati.				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Analisi dei dati demografici e banche dati epidemiologiche sanitarie e sociali, analisi del contesto.				
ATTORI COINVOLTI	Dipartimento di Prevenzione e Servizi sociali dei diversi territori dell'ASL.			
INDICATORE	Costruzione di una mappa della popolazione anziana con basso livello socio-economico e con problema di isolamento sociale (persone che vivono sole /numero di abitanti			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di abitanti superiore a 64 anni con basso livello socio-economico e con problema di isolamento sociale (persone che vivono sole senza caregiver)/numero di abitanti superiore a 64 anni. • Standard: Ogni ASL individua un territorio con la maggior incidenza di abitanti i superiore a 65 anni con basso livello socio-economico e con problema di isolamento sociale (persone che vivono sole senza caregiver) • Fonte: Dati anagrafici e Passi d'argento 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	1	-	-	--
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Costituire il tavolo intersettoriale			
DESCRIZIONE: Il Tavolo intersettoriale individuerà i temi prioritari su cui far convergere gli sforzi dei vari settori coinvolti in un'ottica di piena integrazione.				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Il Tavolo predisporrà una relazione che illustri i temi individuati e le strategie di integrazione				
ATTORI COINVOLTI	Tutti i componenti del tavolo			
INDICATORE	Un tavolo per ogni territorio individuato			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di tavoli/territori coinvolti nel programma • Standard: 100% • Fonte: Verbalì 			

VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	100,00%	100%	100,00%
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare le competenze degli operatori socio-sanitari, caregiver, volontari, badanti, MMG sui pericoli della cadute in ambiente domestico e sulle misure di prevenzione delle cadute nelle fasce di popolazione maggiormente a rischio			
DESCRIZIONE: Formazione e comunicazione				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Per il raggiungimento di questo obiettivo, è indispensabile che ogni ASL offra degli interventi di formazione mirati alle fasce di popolazione più svantaggiate, individuate all'interno dell'area deprivata che è stata definita come obiettivo del 2022 in base all'analisi dei dati demografici. Ed è strategico che gli interventi formativi vengano diversificati per trasmettere i dati e i piani di intervento ai diversi soggetti che sul territorio costituiscono le cure primarie: MMG, PLS, operatori socio-sanitari...				
ATTORI COINVOLTI	I Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, MMG, PLS			
INDICATORE	Percentuale di ASL con almeno un percorso formativo			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: ASL che hanno attivato percorsi/ASL regionali • Standard: 100% • Fonte: Locandine e materiali percorsi formativi 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
				100%

TITOLO AZIONE	5.4 Promozione della guida responsabile - Rete Safe Night Piemonte
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	
INDICATORE OT03IT04	Comunicazione e informazione
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Gli incidenti stradali sono un importante problema di salute pubblica ed una delle prime cause di morte e disabilità nel mondo. Nel rapporto uomo ambiente e veicolo il fattore uomo è un elemento dominante e il comportamento di chi guida è la causa principale nell'eventualità di incidente stradale. Guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'influsso di droghe, mancato o errato uso dei dispositivi di sicurezza individuale (casco per moto o per bicicletta, cintura di sicurezza, sistemi di protezione per i bambini), eccesso di velocità, guida distratta sono alcuni dei comportamenti a rischio a cui indirizzare i principali interventi di prevenzione.

L'azione intende mantenere ed espandere la Rete Safe Night Piemonte, attiva da più di 10 anni, che raggruppa tutti i progetti piemontesi che si occupano di prevenzione dei rischi connessi al consumo di alcol e sostanze stupefacenti nel mondo della notte in collaborazione con il Programma Predefinito 4 (Dipendenze).

L'obiettivo generale è educare all'uso consapevole di alcol, prevenire i rischi correlati e ridurre il danno del consumo di alcol e sostanze psicoattive (incidenti stradali, danni alla salute, violenze e conflitti), nella popolazione che frequenta i luoghi del loisir notturno, attraverso il mantenimento di una rete regionale e la realizzazione di progetti multicomponente a livello locale.

La metodologia principale è il "lavoro di strada", ossia la presenza costante degli operatori grazie alle uscite, durante le quali vengono incontrati i giovani e persone di varia età che frequentano i luoghi del divertimento (discoteche, locali notturni, feste di paese, grandi eventi, concerti, piazze, rave party, ecc.). Gli operatori e le altre figure coinvolte operativamente (peer educator, volontari, opinion leader) sono formati per instaurare relazioni a legame debole e fornire informazioni e counseling breve motivazionale. Le attività svolte sono variegate: informazione sui rischi attraverso counseling, distribuzione di materiali informativi; promozione dell'empowerment e aumento della consapevolezza del proprio stato attraverso somministrazione di questionari, misurazione del tasso alcolemico, misurazione con picometro, distribuzione di alcol test monouso, utilizzo del simulatore di guida e occhiali alcolvista; riduzione del danno e dei rischi attraverso chillout, interventi sanitari e distribuzione acqua, generi di conforto, materiale sanitario (preservativi, cannuce per inalazione, ecc.).

Sono previste le seguenti attività:

- Individuazione in ogni ASL di un referente della rete che parteciperà agli incontri previsti
- Promozione di percorsi formativi per operatori del mondo della notte
- Implementazione dell'uso dei trasporti pubblici nelle ore notturne (mobilità urbana ed extra urbana)
- Produzione di materiale relativo ai comportamenti da tenere per una convivenza civile e sostenibile tra frequentatori dei luoghi del divertimento notturno e cittadini/e
- Costituzioni di tavoli con gli enti locali e gestori dei locali per la conciliazione tra mondo del divertimento e cittadini/e

- Mantenimento della scheda uscita e questionario etilometro comuni e loro eventuale revisione
- Analisi dati e disseminazione
- Utilizzo dei social come promozione della salute e mezzo di comunicazione
- Connessione con il tavolo RDD della regione
- Inserimento delle attività nel progetto predefinito “Rete Safe night Piemonte” della Banca dati ProSa

Questa azione è sviluppata in integrazione con l’Azione “Attività di Prevenzione per adolescenti e giovani adulti” del PP4.

TITOLO AZIONE	5.5 Prevenzione degli incidenti stradali
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell’ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	
INDICATORE OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Gli incidenti stradali sono un importante problema di salute pubblica ed una delle prime cause di morte e disabilità nel mondo. Nel rapporto uomo ambiente e veicolo il fattore uomo è un elemento dominante e il comportamento di chi guida è la causa principale nell’eventualità di incidente stradale. Guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l’influsso di droghe, mancato o errato uso dei dispositivi di sicurezza individuale (casco per moto o per bicicletta, cintura di sicurezza, sistemi di protezione per i bambini), eccesso di velocità, guida distratta sono alcuni dei comportamenti a rischio a cui indirizzare i principali interventi di prevenzione. L’azione intende promuovere comportamenti responsabili alla guida degli autoveicoli per prevenire gli incidenti stradali. Le attività riguarderanno la predisposizione di percorsi formativi ed educativi post-ritiro patente per incidenti correlati a uso di sostanze psicoattive e alcol, in accordo con le Prefetture (trasversale al PP4), la promozione dell’uso di dispositivi di sicurezza alla guida (per es. seggiolini, trasversale al PP1 e al PL11), la prevenzione degli incidenti stradali lavorativi (trasversale a PP6, Azione "Formazione, informazione, assistenza"), l’inserimento di un modulo sui comportamenti a rischio nei corsi per il conseguimento della patente di guida A e B, la formazione degli operatori del DMI e dei centri vaccinali sulla prevenzione degli incidenti stradali nell’età infantile.

3.6 PP06 Piano mirato di prevenzione

3.6.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP06
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Roberto Zanelli - Fabrizio Ferraris
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale</p> <p>MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori</p> <p>MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano</p> <p>MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti</p> <p>MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa</p> <p>MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health</p> <p>MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore</p> <p>MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)</p> <p>MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico</p>
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<p>MO4LSa Perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, anche attraverso lo sviluppo del SINP</p> <p>MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione</p> <p>MO4LSc Sviluppare l'interoperabilità dei sistemi informativi esistenti a favore dello scambio trans-istituzionale di informazioni a livello nazionale e territoriale e finalizzate al dialogo tra le varie banche dati</p> <p>MO4LSd Assicurare l'operatività dei Comitati Regionali di Coordinamento art. 7 Dlgs 81/08</p> <p>MO4LSe Sostenere il ruolo di RLS/RLST di sito produttivo e della bilateralità</p> <p>MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione</p> <p>MO4LSH Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari</p> <p>MO4LSi Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni e sulle azioni efficaci di prevenzione delle medesime, in particolar modo in settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali quali edilizia e agricoltura</p> <p>MO4LSl Svolgimento di un controllo efficace sui soggetti formatori da parte della PA anche attraverso la revisione dei percorsi formativi vigenti</p> <p>MO5LSc Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato</p>

LEA	B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine
------------	---

3.6.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Si premette che il profilo di salute ed equità della popolazione occupata descritto al presente programma è di riferimento anche per i PP 3, 7 e 8. Il file della valutazione completa del setting ambienti di lavoro con tabelle e grafici utili a tutti i programmi citati è reperibile in allegato nella piattaforma <https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it>. Nel PP3 è stato allegato il file esteso relativo alla valutazione degli stili di vita della popolazione occupata piemontese completo di tabelle e grafici, mentre nei PP 6, 7 e 8, per brevità, è stato riportato solo l'estratto di interesse.

I programmi che agiscono sulla riduzione dei rischi occupazionali per la salute sono per natura equitativi perché in generale sono rivolti ai lavoratori più esposti, che appartengono a categorie sociali più svantaggiate.

Occupazione

I tassi di occupazione in Piemonte mostrano, dopo un periodo di diminuzione, un'inversione di tendenza, con aumento costante dal 2014 al 2018 (+3,3%, +58mila lavoratori in totale), mentre nel periodo 2019-2020 si osserva una forte riduzione degli occupati in entrambi i generi (-2,9%, -53681 lavoratori in totale). Esaminando l'occupazione per fascia di età, nella fascia 15-29 anni, dopo un periodo di calo del tasso di occupazione fino al 2013 in entrambi i generi, si assiste ad aumento di alcuni punti percentuali fino al 2018 tra gli uomini e fino al 2019 tra le donne, per poi ritornare nel 2020 ai livelli del 2013. La fascia 20-64 anni pure mostra in entrambi i generi un modesto incremento del tasso di occupazione dal 2013 al 2018, una tendenziale stabilità nel periodo 2018-2019 e un decremento di circa il 3% in quello 2019-2020. Al contrario, il tasso di occupazione nella fascia di età "matura" (55-64) risulta in costante e forte crescita dal 2010 al 2018 per gli uomini (da meno del 45% a circa il 65%) e al 2019 per le donne (da circa il 25% a quasi il 50%), per poi stabilizzarsi nel periodo successivo in entrambi i generi.

Aziende e addetti

I comparti maggiormente rappresentati in termini di aziende sono Servizi (41%), Costruzioni (22%), Commercio (11%), Metalmeccanica (8%), Trasporti (3.4%) e Sanità (3,0%), che nell'insieme costituiscono oltre l'80% delle aziende. Gli addetti sono concentrati soprattutto nel settore dei Servizi (45%), seguiti dalla Metalmeccanica (11%), dalle Costruzioni (9%), dalla Sanità (9%) e dal Commercio (7,5%). Gli addetti occupati in settori manifatturieri sono nel 2018 solo circa un quarto del totale. Esaminando la distribuzione delle aziende per comparto INAIL e ASL, si evidenziano alcune differenze nella distribuzione, in gran parte note, tra cui una maggiore proporzione di aziende dei servizi e una minore proporzione di aziende del settore manifatturiero (industria del legno, metalmeccanica, industria chimica), costruzioni, agrindustria e pesca nella ASL Città di Torino; una maggiore proporzione di aziende del settore alimentare nelle ASL CN1, CN2, AT e AL, di quelle del settore tessile nelle ASL BI e NO e di quelle dell'industria chimica nell'ASL TO4. Riguardo alla distribuzione degli addetti per comparto INAIL e ASL, si riscontrano una maggiore proporzione di addetti nel settore agrindustria e pesca nell'ASL AT, nel settore alimentare nell'ASL CN2 (verosimilmente dovuta alla presenza della Ferrero ad Alba), nell'industria tessile nelle ASL BI, TO5 e VC, dell'industria chimica nell'ASL AL, nell'industria della gomma nelle ASL CN1 e TO4 (verosimilmente dovuta alla presenza di Michelin e Pirelli), della trasformazione dei minerali non metalliferi nell'ASL CN1, della metalmeccanica nelle ASL TO3, TO4, TO5, VC, VCO, AT e NO, dei trasporti nell'ASL AL e dei settori dei servizi e di elettricità,

gas e acqua nell'ASL Città di Torino, dove sono inferiori le proporzioni di lavoratori occupati in vari settori manifatturieri (agrimateria, industria alimentare, del legno, chimica, metalmeccanica) e nelle costruzioni.

Infortunati

In Piemonte, il tasso complessivo di infortuni riconosciuti scende dal 2008 al 2018 da circa 32 per 1000 addetti a 20 per 1000 addetti, tenendosi costantemente al di sotto di quello italiano di 2-3 eventi per 1000 addetti. La discesa è più marcata nel settore delle costruzioni (da 33 eventi a meno di 17 eventi per 1000 addetti), dove pure si mantiene durante tutto il periodo al di sotto del corrispondente tasso italiano di circa 5-6 eventi per 1000 addetti.

Nel 2018 i tassi infortunistici più elevati si riscontrano nei settori della fornitura di acqua e trattamento di rifiuti (36,4 per 1000 addetti), di trasporti e immagazzinaggio (35,4 per 1000), di noleggio e servizi alle imprese (28,1 per 1000), della sanità (22 per 1000), di alberghi e ristoranti (20,8 per 1000) e dell'agricoltura (17,1 per 1000).

Esaminando i tassi di denunce di infortunio per professione (CP2011 a 3 digit) nel periodo 2015-2019, tra le professioni con almeno 20 denunce i tassi più elevati si osservano tra gli artigiani e operai specializzati dello spettacolo (91,8 per 1000 addetti), gli addetti a produzione di energia, recupero rifiuti e trattamento e distribuzione acqua (88,1 per 1000), i manovali delle costruzioni (73,3 per 1000) e della manifattura (73,3 per 1000), gli addetti all'igiene e pulizia degli edifici (72,0 per 1000), il personal non qualificato di ufficio (64,7 per 1000) e dei servizi di istruzione e sanitari (59,8 per 1000), gli operai specializzati forestali (59,3 per 1000), gli addetti alla confezionatura di prodotti industriali (56,3 per 1000), i conduttori di impianti per l'estrazione e il primo trattamento dei minerali (55,8 per 1000), i conduttori e manovratori di veicoli su rotaie (51,9 per 1000).

Gli infortuni in occasione di lavoro riconosciuti sono quasi due terzi del totale di quelli denunciati (65,7%), con una discreta variabilità per ASL di accadimento (dal 59% nell'ASL di Vercelli al 72% nell'ASL di Alessandria). Tra gli infortuni riconosciuti, il 70% erano costituiti da infortuni con inabilità temporanea fino a 40 giorni e il 7,8% da infortuni con inabilità temporanea oltre i 40 giorni, mentre quelli con postumi permanenti erano il 13% e quelli mortali l'1,7 per 1000.

Il tasso di infortuni gravi nel totale dei comparti mostra un leggero decremento nel periodo considerato sia in Italia (da 6,9 eventi per 100 addetti nel 2008 a 5,2 per 1000 nel 2018), che in Piemonte (da 6 eventi per 1000 nel 2008 a 4,3 per 1000 nel 2018), dove si mantiene leggermente al di sotto di quello italiano. Anche nelle costruzioni si osserva in Piemonte una decrescita del tasso di infortuni gravi (da 8,6 eventi per 1000 addetti nel 2008 a 5,8 per 1000 nel 2018), simile a quella che si osserva in Italia, il cui tasso rimane però sempre superiore a quello del Piemonte. Nel complesso dei settori produttivi, gli infortuni gravi costituiscono nel 2019 in Piemonte circa il 29% del totale degli infortuni, con una stima di 2-3 punti percentuali inferiore per il Piemonte rispetto all'Italia in tutto il periodo 2009-2019. In Piemonte, dopo un modesto aumento della loro proporzione dal 2011 al 2015, si assiste ad una lieve riduzione nel periodo successivo, mentre in Italia la proporzione sale leggermente fino al 2018 (dal 21,9% nel 2009 al 23,7% nel 2018), per poi scendere di un punto percentuale nel 2019. L'andamento temporale dei dati relativi ai settori dell'agricoltura e dell'industria ricalca abbastanza fedelmente quello del totale dei comparti, ma la percentuale di infortuni gravi in agricoltura è di circa il 10% superiore a quello complessivo sia per il Piemonte che per l'Italia. Anche il settore delle costruzioni ha una quota di eventi gravi molto superiore a quella del totale dei settori (33,5% in Piemonte e 32,7% in Italia nel 2019), con un aumento di oltre il 5% dal 2011 al 2018 sia in Italia che in Piemonte, seguito da un piccolo decremento nell'ultimo anno.

Malattie professionali

Esaminando i casi di denuncia e riconoscimento di malattia professionale in Piemonte a partire dal 2010, divisi per ASL di appartenenza, si evidenzia un andamento altalenante delle denunce, ma con modeste variazioni nel tempo, con un picco di denunce raggiunto nel 2014 e una successiva riduzione del 14% fino al 2019. I riconoscimenti non seguono il medesimo trend delle denunce, con un calo di circa il 50% dall'inizio del periodo, più marcato negli ultimi 3 anni. La situazione appare eterogenea nelle diverse province e non riconducibile direttamente a differenze nelle condizioni di lavoro nei diversi territori. Una

maggior riduzione delle denunce dal 2014 al 2019 si osserva nelle ASL Novara (-55%), TO3 (-38%), Città di Torino (-33%) e TO4 (-32%), ma in quasi tutte vi è una forte riduzione. In sole 3 ASL si assiste ad un aumento delle malattie professionali denunciate (Biella, CN1 e VCO), che appare particolarmente marcato nel VCO (+40%).

Distribuendo le denunce di malattia professionale per settore produttivo Ateco, si riscontra la mancanza di informazioni sul settore per oltre il 40% di esse. Tra le malattie professionali denunciate nel 2019 con informazione sul settore, il 41% proveniva dalla manifattura, il 16% dalle costruzioni, seguite dalla Sanità (8%), dal commercio (7,5%) e dai trasporti (6,4%), con gli altri comparti che contribuivano ognuno con meno del 4%. Prendendo in esame i soli settori con almeno 10 denunce nel 2011, una forte riduzione percentuale si nota dal 2011 al 2019 nel settore alberghiero (-78%), seguito dalle attività manifatturiere (-37%), dalle costruzioni e dall'istruzione (entrambi -33%), dal settore della riparazione e altri servizi personali (-26%) e dall'amministrazione pubblica (-23%). Al contrario, si evidenzia un aumento delle denunce dal 2011 al 2019 nel settore del noleggio e servizi alle imprese (+56%), nelle attività professionali, scientifiche e tecniche (+36%), nei trasporti (+24%), nella sanità (+17%) e nel commercio (+11%).

Considerando complessivamente le denunce di malattia professionale del periodo 2011-2018, i tassi più elevati si osservano nei settori di estrazione di minerali (2,4 casi per 1000 addetti), distribuzione acqua, reti fognarie e trattamento rifiuti (2,1 per 1000), delle costruzioni (1,7 per 1000), di alberghi e ristoranti (1,3 per 1000) e della manifattura (1,2 per 1000).

Stratificando i tassi di denunce di malattia professionale per professione (CP2011 a 3 digit) nel periodo 2015-2019, tra le professioni con almeno 5 denunce i tassi più elevati si osservano gli addetti alla lavorazione del cuoio e delle pelli (13,8 denunce per 1000 addetti), i brillatori e tagliatori di pietre (8,7 per 1000), i conduttori di impianti per estrazione e primo trattamento dei minerali (8,2 per 1000) e per trasformazione dei minerali (7,8 per 1000), gli agricoltori e gli operai agricoli specializzati (5,5 per 1000), gli addetti a produzione di energia, recupero rifiuti e trattamento e distribuzione acqua (5,4 per 1000), gli artigiani, operai e manovali delle costruzioni (4,4 per 1000) e i manovali della manifattura (4,3 per 1000). La distribuzione delle malattie professionali riconosciute dall'INAIL nell'ultimo anno disponibile, il 2019, suddivise per codice ICD-X mostra che oltre il 50% dei casi risulta costituito da malattie muscolo-scheletriche dovute all'esposizione a fattori ergonomici, dovendo includersi in questa categoria non solo le "Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo", ma anche le "Malattie del sistema nervoso periferico", essendo queste prevalentemente dovute a compressione dei nervi periferici da parte di strutture osteoarticolari del rachide e degli arti superiori, come nella lombosciatalgia e nella sindrome del tunnel carpale. I tumori costituiscono circa il 25% delle malattie professionali riconosciute, con una netta predominanza dei mesoteliomi, chiaramente riconducibili ad esposizione ad amianto, che costituiscono oltre la metà dei tumori professionali riconosciuti, dai tumori maligni dell'apparato respiratorio (29% dei tumori), in larga parte rappresentati da tumori del polmone, e da quelli dell'apparato urinario (13%).

Tenendo presente la mancanza di informazioni sul settore produttivo in circa il 40% delle denunce di malattia professionale, tra le malattie muscolo-scheletriche che ne erano provviste il 28% derivava dal settore manifatturiero, il 20% dalle costruzioni, il 13% dalla sanità, l'8% dal settore trasporti e immagazzinaggio, il 7% dal commercio e il 7% dal settore del noleggio e dei servizi alle imprese. Al contrario, le denunce di neoplasia provenivano per quasi due terzi dall'industria (65%), seguita dal commercio (10%) e dalle costruzioni (6%). Meno del 30% delle malattie professionali denunciate in Piemonte è stata riconosciuta dall'Inail nel 2019 (28,8%), con una variabilità di riconoscimento molto elevata tra ASL.

Analisi di contesto

Nella Regione Piemonte soltanto alcune ASL hanno sperimentato in passato la metodologia dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP). Pertanto, preliminarmente all'attuazione dei PMP sarà effettuata un'analisi delle risorse umane e delle competenze degli Spresal al fine di avviare una prima sperimentazione della metodologia, compatibilmente con le altre attività istituzionali che dovranno comunque essere garantite.

Inoltre verranno valutate le possibilità di collaborazione con altri Enti, società scientifiche e i portatori di interesse.

Quindi durante la fase di vigenza del presente Piano saranno attuati PMP sui rischi prioritari definiti dal PP8, oltre a quelli legati ai comparti edilizia ed agricoltura.

A livello sperimentale verranno individuate una o più ASL capofila che dovranno predisporre ed attuare il PMP per il rischio cancerogeno professionale, patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio da stress lavoro correlato, previo confronto anche nell'ambito del CRC o in gruppi dedicati.

Le rimanenti ASL attueranno i PMP legati ai comparti edilizia ed agricoltura e sceglieranno 1 PMP, fra i 3 rischi legati al PP8, da attuare nel proprio territorio sulla base della specificità locali e delle collaborazioni in essere con i vari stakeholder.

3.6.3 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il generale consolidamento dei flussi informativi relativi ai danni alla salute e ai rischi presenti negli ambienti di lavoro, ha permesso negli ultimi anni alle ASL di programmare attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, secondo criteri di priorità di rischio. Accanto alle attività programmate dalle ASL permangono le attività "su richiesta" (in parte programmabili sulla base dei dati storici) ovvero le segnalazioni, e le inchieste per infortunio grave o mortale o per sospetta malattia professionale.

Recentemente, in coerenza con i cambiamenti del mondo economico e del lavoro, i Servizi ASL dedicati alla tutela della salute e della sicurezza del lavoratore hanno ricercato nuove modalità di intervento che, pur coerenti con i disposti normativi vigenti e rispettose nell'utilizzo degli strumenti offerti dal codice di procedura penale, rappresentano un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza.

Il Piano Mirato di Prevenzione rappresenta lo strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma.

L'azione dei Servizi per la tutela della salute e sicurezza del lavoratore delle ASL si orienta, infatti, verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero alla valutazione e corretta gestione dei rischi, al fine di raggiungere anche e soprattutto le piccole e medie imprese che costituiscono gran parte del tessuto produttivo italiano.

Vi sono imprese motivate (volontà) alla salute e sicurezza sul lavoro, ma che necessitano di sviluppare meglio la loro capacità (abilità) nella valutazione e gestione dei rischi (Workplace Health and Safety Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.



Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. Progetto CCM 2016 “L’approfondimento dei fattori di rischio lavorativi e l’individuazione delle soluzioni per le aziende attraverso le attività di vigilanza e assistenza da parte delle Istituzioni”
2. Labour inspection. A guide to the profession. Wolfgang Von Richthofen. International Labour Office. Geneva.
3. Official Journal of the European Union. Appointment of members of the Senior Labour Inspectors’ Committee (205/C 10/02)
4. Resolution on “The role of SLIC in the Community Strategy on safety and health at work 2002-2006
5. Oficina Internacional del Trabajo – OIT. Guía de introducción a los Sistemas Nacionales de Seguridad y Salud en el trabajo. José Luis Castellà
6. Work-related deaths. Investigators guide. British Transport Police, Association of Chief Police Officers, HSE, Crown Prosecution service, Local Government Association
7. Los indicadores de la inspección de trabajo y seguridad social” M. V. Fernández
8. Experiencias sobre indicadores de eficacia en las inspecciones europeas” SLIC. M. V. Fernández. Bilbao 10 luglio 2002
9. Le regolamentazioni comunitarie in materia di salute e sicurezza: un primo bilancio e alcune riflessioni. C. E. Triomphe, Dèlèquè Gènèral Université Européenne du Travail (UET) con la collaborazione di C. Teissier (UET)
10. How can effects of labour inspection be measured? Nils-Petter Wedege, Deputy Director General The Norwegian Labour Inspection Authority. SLIC Billund. Nov 2002
11. Indagine sulle attività svolte dai servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nei casi di infortunio mortale verificatisi in Umbria negli anni 1991-1999. Discetti, Bodo, Mattioli. Difesa sociale – vol. LXXXIII n. 1 (2004) pp. 45-62
12. An evidence-based evaluation of how best to secure compliance with health and safety law. HSE. Research report 334. Greenstreet Berman Ltd per the Health and Safety Executive 2005
13. Workplace Health and Safety Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz
14. porExperiencia. Boletín da Salud Laboral para Delegadas y Delegados de Prevención de CC.OO. Edita: ISTAS. Instituto sindical de trabajo, ambiente y salud. n. 33 julio 2006. Dossier: 100 anos de Inspección de Trabajo

Declinazione a livello regionale del Programma

Nella Regione Piemonte soltanto alcune ASL hanno sperimentato in passato la metodologia dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP). Pertanto, preliminarmente all’attuazione dei PMP sarà effettuata un’analisi delle risorse umane e delle competenze degli Spresal al fine di avviare una prima sperimentazione della metodologia, compatibilmente con le altre attività istituzionali che dovranno comunque essere garantite. Inoltre verranno valutate le possibilità di collaborazione con altri Enti, società scientifiche e portatori di interesse. Pertanto il presente programma sarà di riferimento per la progettazione e realizzazione dei PMP dei PP 7 e 8.

A livello sperimentale verranno individuate una o più ASL capofila che dovranno predisporre ed attuare il PMP per il rischio cancerogeno professionale, patologie professionali dell’apparato muscolo-scheletrico e del rischio da stress lavoro correlato, previo confronto anche nell’ambito del CRC o in gruppi dedicati.

La Regione Piemonte ha deciso di attuare un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) per ciascun rischio prioritario del PP8, di seguito le relative fasi.

Fase 1 - ASSISTENZA

Per l’attuazione della Fase 1 saranno realizzate le seguenti attività:

Attività 1 – Progettazione (da attuarsi tra settembre 2021 e marzo 2022)

L’attività di progettazione sarà svolta dai gruppi di lavoro regionali dedicati allo sviluppo dei PMP con le seguenti modalità:

- a. Organizzazione della formazione dei gruppi di lavoro regionali dedicati allo sviluppo dei PMP: i partecipanti ai gruppi di lavoro per la redazione dei PMP saranno oggetto di una formazione a livello regionale dedicata all’applicazione della metodologia del PMP.
- b. Definizione dei criteri di ricerca/selezione e delle modalità di coinvolgimento delle imprese: saranno definiti congiuntamente dai GdL i criteri di selezione delle imprese da coinvolgere nell’ambito del PMP da parte di ciascuno SPreSAL nel territorio di propria competenza, anche mediante le informazioni presenti negli archivi degli SPreSAL e di quelle presenti nei Flussi Informativi INAIL-Regioni al cui accesso ogni SPreSAL è abilitato per il territorio di propria competenza. Saranno definite, inoltre, dai GdL le modalità da adottare da parte di ciascuno SPreSAL per il coinvolgimento delle imprese del proprio territorio, avvalendosi di organismi paritetici, enti bilaterali, associazioni di categoria, OOSS.

- c. Esame di buone prassi/buone pratiche e redazione del relativo documento: nell'ambito di ogni GdL sarà effettuato l'esame di buone prassi/buone pratiche e soluzioni organizzative efficaci per ridurre il rischio oggetto del PMP, di materiale documentale/informativo relativo all'approccio "sistemico" del rischio, alla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41, 42 Dlgs 81/08). Le buone prassi, le buone pratiche, le soluzioni organizzative efficaci per ridurre il rischio oggetto del PMP, il materiale documentale/informativo selezionato relativo all'approccio "sistemico" del rischio nonché le buone pratiche inerenti alla sorveglianza sanitaria, verranno raccolti in un Documento di buone prassi/buone pratiche che sarà presentato e condiviso nei seminari di avvio, e reso fruibile anche con la pubblicazione nei siti web istituzionali della Regione, delle ASL e degli stakeholder.
- d. Predisposizione della scheda di autovalutazione: sarà predisposta, nell'ambito di ogni GdL, la scheda di autovalutazione aziendale da somministrare alle imprese, anche adattando alla realtà locale eventuali schede già disponibili e, comunque, tenendo in considerazione i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche. Il GdL stabilirà anche i tempi di riconsegna allo SPreSAL territorialmente competente, da parte delle imprese, delle schede di autovalutazione debitamente compilate. La scheda di autovalutazione dovrà contenere anche specifiche sezioni che consentano di rilevare l'applicazione delle Buone Prassi relative alla Sorveglianza Sanitaria.
- e. Predisposizione del materiale per i seminari di avvio e modalità di organizzazione: i GdL progetteranno l'attuazione dei seminari di avvio, predisponendo anche le presentazioni dei relatori, la lettera di invito per le imprese e le modalità di registrazione ai seminari e di verifica della presenza o meno delle imprese invitate.
- f. Organizzazione della formazione degli operatori SPRESAL: i GdL definiranno il programma per la formazione del personale degli SPreSAL piemontesi, nonché, qualora interessati, degli altri organi di vigilanza e dei referenti INAIL Direzione Regionale. La formazione verterà sulle modalità di predisposizione di un PMP quali per es. i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche, sulla scheda di autovalutazione, sulle strategie di intervento mirate al contrasto del rischio oggetto del PMP, sull'approccio "sistemico" del rischio, sulla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti. Sarà a cura dello SPreSAL capofila per il PMP l'organizzazione e l'attuazione dei corsi, nel 2022, come meglio descritto nell'Attività 3.
- g. Modalità organizzative delle attività di formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese: i GdL progetteranno le iniziative di formazione per le imprese, che saranno organizzate ed attuate nei territori di competenza da parte di ogni singolo SPreSAL. Le attività di docenza saranno effettuate dal personale SPreSAL formato nell'Attività 3. La formazione in parola non sostituisce in alcun modo la formazione obbligatoria prevista per legge, ma è funzionale ai contenuti e agli obiettivi del PMP. La progettazione terrà conto anche degli obiettivi e dei relativi indicatori dell'azione trasversale "Formazione" del PP6, e verrà prevista almeno una iniziativa annuale in ciascuno SPreSAL, a partire dal 2023 (poiché nel 2022 le iniziative di formazione saranno dedicate al personale degli SPreSAL di cui al punto a). La formazione verterà sui contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche di cui al punto b). Il GdL potrà affinare la progettazione della formazione nei successivi anni, anche sulla base dei dati a disposizione nel 2022 (fra cui il numero di imprese coinvolte nel PMP e, tra queste, quelle che hanno partecipato ai seminari di avvio) e per i successivi anni anche sulle informazioni contenute nelle schede di autovalutazione compilate dalle suddette imprese, al fine di tarare meglio gli interventi di formazione alle reali esigenze.
- h. Individuazione degli indicatori per la valutazione dell'efficacia: i GdL individueranno gli indicatori per la valutazione dell'efficacia riguardo all'applicazione delle buone prassi/buone pratiche per la riduzione del rischio oggetto del PMP e delle buone pratiche per l'efficacia della sorveglianza sanitaria.

Attività 2 - Realizzazione dei seminari di avvio (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto progettato dal GdL nell'Attività 1, fra cui il criterio di selezione delle imprese adottato in fase di progettazione, ciascuno SPreSAL selezionerà, anche mediante le informazioni presenti nei propri archivi, le imprese da coinvolgere nel PMP avvalendosi pure della collaborazione di associazioni di categoria, rappresentanze dei lavoratori, organismi paritetici, enti bilaterali, ecc. per assicurare la massima partecipazione.

Nei seminari di avvio rivolti alle imprese selezionate, da realizzare da parte di ciascuno SPreSAL nel territorio di propria competenza, si provvederà in particolare a presentare i PMP, le relative finalità e condividere gli obiettivi, a presentare e condividere i Documenti di buone prassi/buone pratiche e le schede di autovalutazione aziendale da restituire successivamente, debitamente compilate, allo SPreSAL territorialmente competente.

Attività 3 - Realizzazione della formazione del personale SPreSAL e degli altri Organi di Vigilanza (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto predisposto dal GdL nell'attività 1, saranno organizzati e attuati dallo SPreSAL della ASL Capofila/gruppo tematico i corsi per il personale degli SPreSAL - nonché, qualora interessati, degli altri organi di vigilanza e dei referenti dell'INAIL Direzione Regionale - che potrà avvalersi, sia nella fase organizzativa e sia in quella di realizzazione, anche di docenti esperti di livello nazionale nel settore della prevenzione del rischio oggetto del piano.

Attività 4 - Realizzazione della formazione delle figure aziendali della prevenzione e assistenza alle imprese (da attuarsi a partire dal 2023)

Sulla base di quanto predisposto dal GdL nell'attività 1, il personale di ciascuno SPreSAL, formato nella precedente Attività 3, attuerà almeno 1 intervento di formazione all'anno (iniziative/incontri/seminari/convegni) per le imprese oggetto del PMP del proprio territorio sulle buone pratiche da adottare per contrastare i fattori di rischio selezionati.

Gli interventi di formazione verteranno sui contenuti del Documento di Buone Prassi riportati nei punti precedenti e saranno rivolti alle seguenti figure: RLS, RLST, RSPP ASPP, Datori di lavoro, Medici Competenti, Associazioni di categoria, Organismi paritetici, Enti Bilaterali.

Gli SPreSAL inoltre - nei termini statuiti dall'articolo 10 del DLgs 81/08 - offriranno assistenza alle aziende per l'applicazione delle buone pratiche e anche supporto nella compilazione della scheda di autovalutazione.

Fase 2 - VIGILANZA

Per l'attuazione della fase 2 saranno realizzate le seguenti attività:

Attività 5 - Esame delle schede di autovalutazione (da attuarsi dal 2023 al 2024)

La scheda di autovalutazione aziendale predisposta nel corso dell'Attività 1, condivisa e consegnata nel corso del seminario di avvio alle imprese partecipanti al presente PMP, sarà compilata da parte di ogni impresa coinvolta nel PMP e riconsegnata allo SPreSAL competente per territorio entro i termini stabiliti. Tali schede saranno oggetto di controllo da parte dello SPreSAL territorialmente competente che, anche sulla base di quanto contenuto nelle suddette schede, individuerà le imprese su cui effettuare l'attività di ispezione.

Attività 6 – Ispezioni (da attuarsi tra il 2024 e il 2025)

Gli SPreSAL effettueranno le attività di ispezione in un campione di imprese tra quelle coinvolte nel PMP ricadenti nel territorio di propria competenza, partendo da quelle che non hanno partecipato alle iniziative previste dal PMP pur essendo state invitate, da quelle che non hanno restituito la scheda di autovalutazione e da quelle per le quali sono state rilevate situazioni a rischio dall'esame della scheda di autovalutazione.

Fase 3 - VALUTAZIONE EFFICACIA

Per l'attuazione della fase 3 sarà realizzata la seguente attività:

Attività 7 – Valutazione di efficacia(da attuarsi nel 2025). Durante l'ultimo anno, sulla base degli indicatori per la valutazione dell'efficacia individuati dai GdL nel corso dell'Attività 1, verrà effettuata inizialmente da parte dei singoli SPreSAL, nei propri territori di competenza, la valutazione dell'efficacia dell'intervento di prevenzione attuato attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle risultanze delle

attività della Fase 2 Vigilanza (Esame delle schede di autovalutazione e Ispezioni), con riferimento all'applicazione delle buone pratiche, relative al PMP attuato, per la riduzione del rischio oggetto dei PMP e per l'efficace sorveglianza sanitaria.

I rappresentanti degli SPreSAL condivideranno le risultanze di tale verifica con i GdL per pervenire a una valutazione complessiva di efficacia a livello regionale.

A conclusione del PMP, i risultati verranno pubblicati nei portali istituzionali delle ASL e della Regione e in quelli degli stakeholder.

Azione "SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE"

Al fine di promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 DLgs 81/08) nei rischi/comparti oggetto dei PMP, saranno attuate le seguenti attività:

- annualmente sarà realizzato un Report di monitoraggio che conterrà l'analisi dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, trasmessi per via telematica dai medici competenti entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento, ai sensi dell'art. 40 del DLgs n. 81/2008 e s.m.i., mediante l'apposita piattaforma informatica web predisposta dall'INAIL (divenuta operativa dal 1° giugno 2013) e resi disponibili in forma aggregata anche agli SPreSAL. Tale Report sarà pubblicato nel portale web istituzionali della Regione;
- nel 2022 i rispettivi Gruppi di Lavoro dei PMP predisporranno i Documenti di buone prassi/buone pratiche comprendenti anche le buone pratiche condivise inerenti alla sorveglianza sanitaria per i rischi oggetto dei PMP;
- nel 2023 sarà attuata l'attività di formazione dei medici competenti e degli operatori dei Servizi di prevenzione e protezione delle aziende, nell'ambito dell'attività trasversale "Formazione" nella quale è prevista anche l'attività di formazione sulla qualità e appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria periodica nei comparti/rischi oggetto dei PMP;
- negli anni 2024 e 2025 l'attività di verifica dell'applicazione delle buone pratiche inerenti alla sorveglianza sanitaria sarà attuata nell'ambito della Fase 3 "Valutazione di efficacia" del PMP relativo ai rischi oggetto dei PMP.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

3.6.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PP06_OT01	Sviluppare un confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008			
INDICATORE PP06_OT01_IT01	Intersectorialità			
formula	Confronto nei tavoli territoriali, con le parti sociali e datoriali, strutturato all'interno del Comitato ex art 7 d.lgs 81/2008			
Standard	Almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali	almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali	almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali	almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PP06_OT02	Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro			
INDICATORE PP06_OT02_IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio			
formula	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione			
Standard	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)	almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)	almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)	almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PP06_OT03	Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate			
INDICATORE PP06_OT03_IT03	Comunicazione			
formula	Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all'approccio "sistemico" del rischio			
Standard	Almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PP06_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi			
INDICATORE PP06_OT05_IT04	Lenti di equità			
formula	Adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021			
Fonte	Regione			

3.6.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PP06_OS01	Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l'attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)			
INDICATORE PP06_OS01_IS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura			
formula	Formula: n. di PMP "attuati" * su aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura (* Per attuazione del PMP si intende la completa esecuzione delle fasi ed attività indicate nello specifico paragrafo del MO4)			
Standard	maggiore o uguale a 3			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Numero di PMP attuati: 3
Fonte	Regione			

3.6.6 Azioni

TITOLO AZIONE	6.1 Ridefinizione del coordinamento degli attori istituzionali
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare un confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	
INDICATORE OT01IT01	Intersettorialità
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Funzionamento del Comitato regionale di coordinamento: nuova organizzazione tramite istituzione di gruppi di lavoro tematici in coerenza con i PMP da attivare.

Ufficio operativo: sarà aggiornata la composizione dell'Ufficio Operativo Regionale al fine di migliorare il raccordo istituzionale e favorire la diffusione delle azioni previste dai PP 6,7,8.

Collaborazione con pubbliche amministrazioni (INAIL, INPS).

TITOLO AZIONE	6.2 Sistema informativo
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate	
INDICATORE OT03IT03	Comunicazione
OBIETTIVO (PP8) OT04 Produzione di report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate	
INDICATORE (PP8) OT05IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Si dovrà ricostituire il gruppo regionale Sistemi informativi per la prevenzione nei luoghi di lavoro (SIRP) che avrà il compito di aggiornare le modalità di codifica dell'attività degli SPreSAL in raccordo con il livello nazionale, elaborare i dati derivanti dai diversi sistemi informativi attivi in Piemonte e garantire il periodico aggiornamento dell'area tematica "Sicurezza sul lavoro" del sito internet della Regione Piemonte con gli specifici report regionali.

L'azione risponde anche all'obiettivo trasversale del PP8 n. OT04 "Produzione di report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate" e al relativo indicatore OT05_IT03 "Comunicazione dell'approccio al rischio".

TITOLO AZIONE	6.3 Formazione, informazione, assistenza
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro	
INDICATORE OT02IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Iniziative di formazione sul metodo PMP rivolte a operatori SPreSAL e alle figure aziendali della prevenzione, anche in collaborazione con INAIL, associazioni datoriali e organizzazioni sindacali dei lavoratori.

Previo condivisione / confronto in ambito CRC.

Formazione a livello regionale rivolta ad almeno 2 operatori SPreSAL per ogni ASL seguita da formazione a cascata a livello locale.

TITOLO AZIONE	6.4 Attività di vigilanza e controllo
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Nelle more della definizione dell'indicatore previsto dal sistema nazionale adempimenti LEA, il riferimento per i controlli nelle aziende per gli SPreSAL delle ASL piemontesi rimane il 5% delle aziende presenti sul territorio calcolato sulle PAT attive, con almeno un dipendente (o addetto speciale) e le imprese artigiane con artigiani ≥ 1 . Per il conteggio delle aziende, si dovrà tenere conto della definizione di "controllo" predisposta dal Gruppo Tecnico Interregionale SSL e approvata dal CIP:

- *accesso ispettivo presso la singola azienda/cantiere;*
- *verifica documentale effettuata a seguito/in assenza di accesso ispettivo, la cui esecuzione discenda da un disposto normativo o espliciti un'attività istituzionale ed è tracciata nei registri/ archivi/sistemi locali;*
- *percorsi di prevenzione strutturati intesi quali percorsi rivolti ad un numero definito di aziende che, in ragione di eventi sentinella/nuovi disposti normativi/linee di indirizzo, sono coinvolte in incontri/riunioni/seminari, oltre che in controlli di cui ai punti precedenti, di durata temporale definita e finalizzati alla verifica dell'adozione di specifiche misure di tutela.*

La Regione monitorerà l'attività di coordinamento svolta dagli OPV e raccoglierà i report dell'attività svolta a livello locale utilizzando il modello già definito.

A livello locale gli SPreSAL continueranno a svolgere l'attività di controllo e vigilanza sulle aziende pubbliche e private di tutti i comparti, nonché nei confronti dei lavoratori autonomi e degli altri soggetti che hanno obblighi in materia di igiene e sicurezza del lavoro. Gli Organismi Provinciali di Vigilanza (OPV), coordinati dallo SPreSAL, dovranno definire la percentuale dei controlli congiunti nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura. Relativamente agli infortuni, proseguirà l'attività di indagine a seguito degli eventi infortunistici gravi e mortali, per i quali si interviene nell'immediatezza in coordinamento con il sistema di emergenza, nonché sulla base della scelta degli infortuni più gravi, applicando il Protocollo concordato a livello regionale con la Procura Generale della Repubblica per la gestione delle denunce di infortunio. Per le malattie professionali, proseguirà l'attività di indagine ai fini di individuare il nesso causale e le responsabilità connesse, nonché l'attività di vigilanza nelle aziende attive in cui si è avuta l'esposizione dei lavoratori a specifici fattori di rischio, al fine di rimuoverli.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	6.5 Progettazione PMP
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l'attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)	
INDICATORE OS01IS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT05 Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi	
INDICATORE OT05IT04	Lenti di equità
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Produzione a livello regionale del modello di PMP.

A livello locale, individuazione, sulla base del profilo di salute ed equità locale, dei comparti/rischi nei quali attivare il PMP, tenendo anche conto dei rischi prioritari individuati dal PP8.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Formazione operatori SPreSAL			
DESCRIZIONE: La formazione prevista dal PP6 includerà principi HEA per selezione imprese del comparto individuato, sulla base delle caratteristiche locali				
INDICATORE	% operatori SPreSAL formati			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: N. operatori SPreSAL formati / N. totale operatori destinatari della formazione • Standard: 10% • Fonte: Regione 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	10%	–	–	--
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare il livello di sicurezza e tutela della salute nelle microimprese			
DESCRIZIONE: Raggiungere in particolare i lavoratori socialmente più svantaggiati, in genere occupati in microimprese e in mansioni che comportano maggiore esposizione a rischi per la salute e sicurezza				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Definizione del campione di aziende oggetto del PMP sulla base della dimensione aziendale e coinvolgimento degli stakeholder per l'attuazione del PMP				
ATTORI COINVOLTI	Gruppi di lavoro regionali; SPreSAL delle ASL; stakeholders es. INAIL, altri settori Regionali, rappresentanti delle società scientifiche dei medici competenti, enti e associazioni di categoria che operano nel mondo del lavoro, datori di lavoro, figure della prevenzione aziendale e lavoratori di aziende pubbliche e private			
INDICATORE	% microimprese all'interno del campione selezionato			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: N. microimprese oggetto del PMP / N. totale imprese oggetto del PMP • Standard: 20% • Fonte: Flussi INAIL-Regioni 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	–	–	20%

TITOLO AZIONE	6.6 Comunicare i Piani mirati di prevenzione
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate	
INDICATORE OT03IT03	Comunicazione
OBIETTIVO (PP7) OT06_IT03 Comunicazione dell’approccio al rischio	
OBIETTIVO (PP8) OT05_IT03 Comunicazione dell’approccio al rischio	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Predisposizione modello di report locale per la restituzione dei risultati dell’attività svolta e la diffusione di buone prassi.

Realizzazione report locali e regionale annuale di monitoraggio sui rischi/danni e sulle attività realizzate.

Realizzazione iniziative di comunicazione in occasione della Settimana europea della sicurezza.

L’azione risponde anche agli indicatori trasversali del PP7 n. OT06_IT03 “Comunicazione dell’approccio al rischio” e del PP8 n. OT05_IT03 “Comunicazione dell’approccio al rischio”.

3.7 PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura

3.7.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP07
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Pierluigi Pavanelli - Roberto Zanelli
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti</p> <p>MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa</p> <p>MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health</p> <p>MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore</p> <p>MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)</p> <p>MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico</p> <p>MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon</p> <p>MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche</p>
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<p>MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione</p> <p>MO4LSH Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari</p> <p>MO4LSi Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni e sulle azioni efficaci di prevenzione delle medesime, in particolar modo in settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali quali edilizia e agricoltura</p> <p>MO4LSj Diffusione ed utilizzo delle evidenze sull'esposizione a vari fattori correlati alle malattie professionali e sulle azioni efficaci di prevenzione</p> <p>MO4LSr Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)</p> <p>MO4LSs Promozione del ruolo strategico del medico competente nella progettazione, attuazione e monitoraggio delle azioni di Total Worker Health e di promozione della salute</p>
LEA	<p>B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica</p> <p>B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)</p> <p>C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro</p>

	C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine D03 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Geo-referenziazione delle aziende D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali
--	---

3.7.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Si premette che il profilo di salute ed equità della popolazione occupata descritto al presente programma è di riferimento anche per i PP 3, 6, 8. Il file della valutazione completa del setting ambienti di lavoro con tabelle e grafici utili a tutti i programmi citati è reperibile al PP6. Nel PP3 è stato allegato il file esteso relativo alla valutazione degli stili di vita della popolazione occupata piemontese completo di tabelle e grafici, mentre nel PP 8, per brevità, è stato riportato solo l'estratto di interesse.

AZIENDE E ADDETTI

Di seguito sono presentati dati di aziende e addetti di alcuni settori specifici, provenienti sia da fonte Inail che da fonte Istat. Queste si distinguono per la metodologia utilizzata e per il campo di interesse, che dipende anche dalla funzione istituzionale. I dati disponibili nei Flussi Inail-Regioni costituiscono la fonte sugli addetti utilizzata per il calcolo dei tassi di incidenza infortunistica; tuttavia, tale archivio è limitato agli assicurati Inail e non possiede informazioni sul numero di lavoratori dell'agricoltura, del cosiddetto "Conto Stato" e dei lavoratori domestici.

Le informazioni provenienti dalle indagini sulle forze lavoro Istat forniscono invece un quadro più completo del settore agricolo e permettono un'ulteriore visione dell'ambito dell'edilizia.

AGRICOLTURA

L'andamento regionale degli addetti impiegati nel settore agricolo (a esclusione dell'agricoltura industriale) mostra, dopo una forte diminuzione degli addetti nel periodo 2010-2013, una significativa ripresa fino al 2019, con valori di poco inferiori a quelli del 2010, e una modesta decrescita nel periodo 2019-2020 (-3% circa), leggermente maggiore tra gli uomini, verosimilmente almeno in parte dovuta alla blocco degli ingressi in Italia dei lavoratori stranieri stagionali impiegati in agricoltura, a causa della pandemia di covid-19.

COSTRUZIONI

Nelle costruzioni emerge l'evidente differenza di genere, con quasi la totalità degli addetti di genere maschile. Tra gli uomini, si osserva una forte riduzione degli occupati dal 2010 al 2016 (da circa 130mila a meno di 100mila), un andamento altalenante fino al 2019 e una modesta risalita nel 2020, probabilmente dovuta ai bonus fiscali per la ristrutturazione degli edifici. Tra le donne, il numero di occupati nel settore presenta piccole variazioni nel decennio esaminato, con una riduzione maggiore nel periodo 2015-2017 e un incremento dal 2017 e il 2020, quando il numero di donne occupate nel settore ritorna ai livelli del 2010.

INFORTUNI

Gli infortuni vengono classificati in *non-riconosciuti* (che comprendono eventi negativi, in franchigia o il cui iter di definizione non si è ancora concluso) e *riconosciuti*. Questi ultimi si suddividono in: infortuni con nessun indennizzo, con indennizzo a causa di un'inabilità temporanea oppure permanente, ed eventi con esito mortale.

I dati sugli infortuni dei settori agricoltura e industria in occasione di lavoro accaduti in Piemonte nel 2019 e riconosciuti entro il 30 aprile 2020 mostrano che il territorio della provincia di Torino raccoglie quasi la metà degli infortuni della regione, anche se gli infortuni in agricoltura sono maggiormente rappresentati nel territorio della provincia cuneese. Gli infortuni in occasione di lavoro riconosciuti sono quasi due terzi del totale di quelli denunciati (65,7%), con una discreta variabilità per ASL di accadimento (dal 59% nell'ASL di Vercelli al 72% nell'ASL di Alessandria). Tra gli infortuni riconosciuti, il 70% erano costituiti da infortuni con inabilità temporanea fino a 40 giorni e il 7,8% da infortuni con inabilità temporanea oltre i 40 giorni, mentre quelli con postumi permanenti erano il 13% e quelli mortali l'1,7 per 1000.

In Piemonte, il tasso complessivo di infortuni riconosciuti scende dal 2008 al 2018 da circa 32 per 1000 addetti a 20 per 1000 addetti, tenendosi costantemente al di sotto di quello italiano di 2-3 eventi per 1000 addetti. La discesa è più marcata nel settore delle costruzioni (da 33 eventi a meno di 17 eventi per 1000 addetti), dove pure si mantiene durante tutto il periodo al di sotto del corrispondente tasso italiano di circa 5-6 eventi per 1000 addetti. Il tasso di infortuni in agricoltura si dimezza dal 2011 al 2018 (da 34,8 a 15,3 per 1000 addetti), passando da un valore molto superiore alla media nazionale nel 2011 (24,4 per 1000 addetti) ad uno sotto la media nazionale nel 2018 (17,7 per 1000 addetti).

Il tasso di infortuni gravi, che comprendono gli infortuni mortali, i permanenti e quelli con inabilità temporanea superiore a 40 giorni di prognosi, mostra nel totale dei comparti un leggero decremento nel periodo considerato sia in Italia (da 6,9 eventi per 100 addetti nel 2008 a 5,2 per 1000 nel 2018, che in Piemonte (da 6 eventi per 1000 nel 2008 a 4,3 per 1000 nel 2018), dove si mantiene leggermente al di sotto di quello italiano. Anche nelle costruzioni si osserva in Piemonte una decrescita del tasso di infortuni gravi (da 8,6 eventi per 1000 addetti nel 2008 a 5,8 per 1000 nel 2018), simile a quella che si osserva in Italia, il cui tasso rimane però sempre superiore a quello del Piemonte. Una riduzione ancora maggiore degli infortuni gravi si osserva nel settore dell'agricoltura, dove il tasso di infortuni gravi si riduce di oltre due terzi dal 2011 al 2018 (da 14,3 per 1000 addetti a 4,3 per 1000).

Nel complesso dei settori produttivi, gli infortuni gravi costituiscono nel 2019 in Piemonte circa il 29% del totale degli infortuni, con una stima di 2-3 punti percentuali inferiore per il Piemonte rispetto all'Italia in tutto il periodo 2009-2019. In Piemonte, dopo un modesto aumento della loro proporzione dal 2011 al 2015, si assiste ad una lieve riduzione nel periodo successivo, mentre in Italia la proporzione sale leggermente fino al 2018 (dal 21,9% nel 2009 al 23,7% nel 2018), per poi scendere di un punto percentuale nel 2019. L'andamento temporale dei dati relativi ai settori dell'agricoltura e dell'industria ricalca abbastanza fedelmente quello del totale dei comparti, ma la percentuale di infortuni gravi in agricoltura è di circa il 10% superiore a quello complessivo sia per il Piemonte che per l'Italia. Anche il settore delle costruzioni ha una quota di eventi gravi molto superiore a quella del totale dei settori (33,5% in Piemonte e 32,7% in Italia nel 2019), con un aumento di oltre il 5% dal 2011 al 2018 sia in Italia che in Piemonte, seguito da un piccolo decremento nell'ultimo anno.

MALATTIE PROFESSIONALI

Esaminando le denunce di malattia professionale per settore produttivo Ateco, si riscontra la mancanza di informazioni sul settore per oltre il 40% di esse. Tra le malattie professionali denunciate nel 2019 con informazione sul settore, il 41% proveniva dalla manifattura, il 16% dalle costruzioni, seguite dalla Sanità (8%), dal commercio (7,5%), dai trasporti (6,4%) e dal settore del noleggio e servizi alle imprese, con gli altri comparti che contribuivano ognuno con meno del 4%. Nel settore dell'agricoltura dal 2011 al 2019 il numero complessivo è di sole 26 denunce, che costituiscono meno dello 0,3% di tutte le malattie professionali denunciate in questo periodo, con un tasso stimato di denunce di malattia professionale di 5 casi per 100.000 addetti. Nel settore delle costruzioni dal 2011 al 2019 sono state denunciate 1.859 casi di malattia professionale, con un tasso stimato di 1,8 casi per 1.000 addetti.

In Piemonte sono operativi da anni specifici gruppi edilizia e agricoltura e selvicoltura che hanno contribuito alla realizzazione dei Piani regionali legati ai due comparti, declinati sulla base delle indicazioni di livello nazionale.

L'attività di vigilanza è stata coordinata nell'ambito degli Organismi Provinciali di Vigilanza presenti su tutti i territori. Negli ultimi anni la crisi economica dei settori, in particolare dell'edilizia, dove spesso vi è ricorso a manodopera straniera e prevale il lavoro autonomo, ha reso più critici gli interventi di prevenzione e controllo.

Altra criticità è riscontrata a livello dell'Ente paritetico per l'edilizia dove vi è stato l'accorpamento del settore sicurezza con il settore formazione che ha ridotto le opportunità di collaborazione e di scambio di competenze, mentre sul comparto agricoltura non è ancora consolidata la presenza di un comitato paritetico di livello regionale.

Nella Regione Piemonte soltanto alcune ASL hanno sperimentato in passato la metodologia dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP).

Pertanto, preliminarmente all'attuazione dei PMP sarà effettuata un'analisi delle risorse umane e delle competenze degli Spresal al fine di avviare una prima sperimentazione della metodologia, compatibilmente con le altre attività istituzionali che dovranno comunque essere garantite.

Inoltre verranno valutate le possibilità di collaborazione con altri Enti, società scientifiche e i portatori di interesse.

Tutte le ASL attiveranno i PMP in edilizia ed agricoltura predisposti sulla base dei rischi prioritari definiti dagli specifici gruppi di lavoro regionale e condivisi nell'ambito del CRC.

3.7.3 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Tabella - Denunce d'infortunio in occasione di lavoro per settore di attività economica e anno di accadimento.
Gestione industria e servizi Analisi della numerosità degli infortuni - Dati rilevati al 30 aprile 2019 (Fonte: INAIL)

Settore di attività economica	Anno di accadimento									
	2014		2015		2016		2017		2018	
	vvalore assoluto	%% sul totale settori	vvalore assoluto	%% sul totale settori	vvalore assoluto	%% sul totale settori	vvalore assoluto	%% sul totale settori	vvalore assoluto	% % sul totale settori
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	33.167	00,74%	22.838	00,69%	22.628	00,63%	22.557	00,61%	22.492	00,60%
F Costruzioni	339.220	99,17%	337.024	99,04%	336.097	88,72%	335.289	88,47%	334.555	88,34%

Agricoltura ed edilizia sono tra i settori più esposti a rischio infortuni.

Le modalità di accadimento più frequenti negli infortuni mortali risultano essere le cadute dall'alto e la perdita di controllo dei mezzi utilizzati, molto spesso con il loro ribaltamento, come nel caso del trattore (dato confermato anche dall'Osservatorio Infortuni mortali e gravi in agricoltura che evidenzia la permanenza negli anni di circa 100 infortuni mortali l'anno da ribaltamento del trattore tra professionali e non). Peraltro, si teme una ulteriore recrudescenza in ragione del generale invecchiamento della popolazione lavorativa. L'analisi della banca dati Infor.MO sugli infortuni dei lavoratori, inserita nei Sistemi Informativi di INAIL, curata dal Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (Dimeila) dell'INAIL ed alimentata dalle ASL, evidenzia sul totale dei 1.256 casi registrati nel periodo 2011-2015, 442 infortuni mortali di lavoratori anziani (> 55 anni), avvenuti principalmente nel settore agricolo (44%) e nelle costruzioni (24%). Per quanto riguarda la tipologia di impresa, gli infortuni sono accaduti essenzialmente nelle micro imprese, mentre risulta bassa la quota di casi avvenuti in aziende medio grandi, cioè > 50 addetti. In aumento sono altresì le malattie professionali.

All'interno del sistema istituzionale definito al Capo II, del DLgs 81/08, costituito, in particolare, dal Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale (art. 5), dai Comitati regionali di coordinamento (art. 7) e dalla Commissione consultiva permanente (art. 6), attraverso i c.d. Piani Nazionali, si è sviluppata e consolidata nel tempo una strategia per i settori Agricoltura ed Edilizia capace di coniugare azioni di prevenzione dei rischi utili ad elevare il livello di efficacia e di efficienza dell'intervento delle ASL nelle aziende del comparto.

Il contrasto agli infortuni, ed anche alle patologie lavoro correlate, in entrambi i settori si sviluppa - a partire dall'esperienza maturata dalle Regioni nel solco dei Piani Nazionali Costruzioni ed Agricoltura all'interno di gruppi di lavoro istituiti presso il Gruppo Tecnico Interregionale SSL, e condotta in collaborazione con INAIL e con Ispettorato nazionale del Lavoro (INL) - attraverso gli strumenti sia del controllo sia dell'assistenza delle/alle imprese, valorizzando in questo modo, le linee di indirizzo già prodotte a garanzia di una più ampia uniformità di intervento su tutto il territorio nazionale.

Il Programma prevede un percorso strutturato, che coinvolga le figure strategiche della sicurezza per conto della committenza (committenti, responsabili dei lavori, professionisti, CSP/CSE) e aziendali (RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, ecc.) ed i lavoratori stessi, oltre che il Datore di lavoro, al fine di mettere in atto azioni efficaci e sostenibili tramite l'utilizzo di pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di prevenzione degli infortuni nei cantieri edili e nel settore agricolo ed emersione delle malattie professionali nei lavoratori dei relativi comparti; a tal fine, nell'ambito delle attività del Programma Predefinito sono previsti l'implementazione e l'aggiornamento di buone pratiche e materiale documentale/informativo nel settore edile ed in agricoltura, da rendere liberamente disponibili e consultabili sui siti istituzionali tra cui, per l'edilizia, www.prevenzionecantieri.it. Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Settore AGRICOLTURA

1. Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 Dlgs. 81/08 per la realizzazione nell'anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.
2. Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2014-2018.
3. Salute e sicurezza in agricoltura. Un bene da coltivare. Atti convegno di S. Michele all'Adige, Fond. Mach, 22-23 Novembre 2018.
4. Manuale per un lavoro sicuro in Agricoltura. Regione Veneto EBAT, 2007
5. La sicurezza delle macchine agricole/forestali: attività di sorveglianza del mercato, evoluzione della normativa tecnica e novità legislative. Bologna, 3 novembre 2008 Fiera EIMA
6. Documento tecnico per l'individuazione delle buone prassi negli allevamenti bovini e suini
7. Strumenti di supporto per valutazione dei rischi in attività stagionali
8. Documento tecnico per la gestione in sicurezza degli impianti di produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili, mediante digestione anaerobica di substrati a matrice organica, comunemente detti Biogas, nelle fasi significative della loro vita utile.
9. Schede di controllo (az. Agricole, lavori forestali, commercio macchine agricole) e strumenti di supporto
10. Manuale per la formazione del commerciante di Prodotti Fitosanitari. Regione Emilia, GTI, 2017
11. Direttiva 2009/128/CE del 21 ottobre 2009, che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei prodotti fitosanitari
12. Salvati A, Bucci G, Romualdi R, Bucciarelli A. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e sicurezza sul lavoro a 100 anni dall'introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL, 2017
13. Fabrizi G, Barrese E, Scarpelli M, Gherardi M. Prevenzione e protezione dei lavoratori nell'utilizzo dei pesticidi in agricoltura. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e sicurezza sul lavoro a 100 anni dall'introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL 2017.

Settore EDILIZIA

1. Intesa, ai sensi dell'art. 8 comma 6 L. 5.6.2003, n. 131, sul documento recante "Indicazioni ai Comitati Regionali di Coordinamento per la definizione della programmazione per l'anno 2014" del Comitato per l'indirizzo delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia salute e sicurezza sul lavoro ex art. 5 D.lgs 81/08 (Rep. Atti 23 CU del 20 febbraio 2014)
2. Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 D.lgs. 81/08 per la realizzazione nell'anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.
3. Titolo IV del d. lgs. 81/2008 e relativi allegati
4. Piano Nazionale Edilizia 2014-2018
5. Linee di indirizzo per la vigilanza nei cantieri temporanei o mobili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)
6. Liste di controllo nei cantieri edili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)
7. Linee di indirizzo per la vigilanza nelle grandi opere (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)
8. Guida pratica all'applicazione del titolo IV del decreto legislativo 81/08 nei lavori pubblici e nei lavori privati (Regione Sicilia, edizione 2011)

Declinazione a livello regionale del Programma

Come già esplicitato nel PP6 e 8 nella Regione Piemonte soltanto alcune ASL hanno sperimentato in passato la metodologia dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP). Pertanto, preliminarmente all’attuazione dei PMP sarà effettuata un’analisi delle risorse umane e delle competenze degli Spresal al fine di avviare una prima sperimentazione della metodologia, compatibilmente con le altre attività istituzionali che dovranno comunque essere garantite. Inoltre verranno valutate le possibilità di collaborazione con altri Enti, società scientifiche e i portatori di interesse.

Tutte le ASL attueranno il PMP edilizia ed agricoltura nel proprio territorio sulla base della specificità locali e delle collaborazioni in essere con i vari stakeholder.

Di seguito le principali fasi del presente programma:

- i gruppi di lavoro regionali definiranno il PMP agricoltura e il PMP edilizia, che verranno poi attivati a livello locale;
- verranno formati gli operatori ASL che a cascata attiveranno la formazione a livello locale agli operatori SPRESAL e alle figure della prevenzione aziendale coinvolte nel PMP;
- verrà effettuata una programmazione annuale dell’attività di vigilanza, controllo e assistenza.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell’ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

3.7.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PP07_OT01	Sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate: intradipartimentali tra Istituzioni (MdS, INAIL, INL, NAS, ICQRF, MiPAAF, MiSE, MiIT, MLPS, MIUR, VVF) finalizzate agli obiettivi di prevenzione; tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. e Associazioni datoriali di settore); con Ordini e collegi professionali			
INDICATORE PP07_OT01_IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7			
formula	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione			
Standard	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	almeno due incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie del PMP	almeno due incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie del PMP	almeno due incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie del PMP	almeno due incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie del PMP
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PP07_OT02	Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia			
INDICATORE PP07_OT02_IT02	Formazione SSL rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico			
formula	Attuazione di percorsi di formazione secondo i criteri definiti in ambito nazionale, rivolto agli operatori dei settori edilizia ed agricoltura e delle ASL per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico			
Standard	Almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno	almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno	almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno	almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PP07_OT06	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder			
INDICATORE PP07_OT06_IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio			
formula	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder			
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PP07_OT08	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative			
INDICATORE PP07_OT08_IT04	Lenti di equità			
formula	Adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021			
Fonte	Regione			

3.7.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PP07_OS01	Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza "empowerment" e dell'informazione; contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES			
INDICATORE PP07_OS01_IS01	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza			
formula	Programmazione annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza			
Standard	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza in rapporto al numero di aziende agricole presenti sul territorio (privilegiando le micro imprese) e di aziende del commercio macchine anche nelle manifestazioni fieristiche e, per l'edilizia, al numero di notifiche preliminari significative (importo lavori maggiore di 30.000 euro) pervenute l'anno precedente			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP07_OS02	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili			
INDICATORE PP07_OS02_IS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali			
formula	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto)			
Standard	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura); 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura)	formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento e presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura)	monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza e presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura)	monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza e presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura)
Fonte	Regione			

OBIETTIVO PP07_OS03	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)			
INDICATORE PP07_OS03_IS03	Sorveglianza Sanitaria Efficace			
formula	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)			
Standard	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) - 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura - 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti - 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) e presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura	realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) e formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti	realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) e verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza	realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) e verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione			

3.7.6 Azioni

TITOLO AZIONE	7.1 Ridefinizione del coordinamento degli attori istituzionali
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate: intradipartimentali tra Istituzioni (MdS, INAIL, INL, NAS, ICQRF, MiPAAF, MiSE, MiIT, MLPS, MIUR, VVF) finalizzate agli obiettivi di prevenzione; tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. e Associazioni datoriali di settore); con Ordini e colleghi professionali	
INDICATORE OT01IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro; servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Funzionamento del Comitato regionale di coordinamento: nuova organizzazione tramite istituzione di gruppi di lavoro tematici in coerenza con i PMP da attivare

Ufficio operativo: sarà aggiornata la composizione dell'Ufficio Operativo Regionale al fine di migliorare il raccordo istituzionale e favorire la diffusione delle azioni previste dal presente PP e dai PP 6,8

Collaborazione con pubbliche amministrazioni (INAIL, INPS).

TITOLO AZIONE	7.2 Formazione, informazione, assistenza in edilizia e agricoltura
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione congiunta "operatori sanitari e socio-sanitari e altri Settori"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia.	
INDICATORE OT02IT02	Formazione SSL rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro; servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Iniziative di formazione secondo i criteri definiti in ambito nazionale rivolte a operatori SPreSAL e alle figure aziendali della prevenzione, anche in collaborazione con INAIL, associazioni datoriali e organizzazioni sindacali dei lavoratori. In tale ambito verranno anche valorizzate e diffuse le "storie di infortunio", relative ai due comparti del PP.

Essenziale sarà il confronto in ambito CRC per la predisposizione delle iniziative.

A livello regionale sarà effettuata la formazione sia relativa alla progettazione e realizzazione di un PMP sia volta a favorire le conoscenze specifiche per contrastare il fenomeno infortunistico e tecnopatico nei comparti del PP, ad almeno 2 operatori SPreSAL per ogni ASL, seguita da formazione a cascata a livello locale.

Pubblicazione delle buone pratiche sul portale regionale e diffusione agli stakeholder.

TITOLO AZIONE	7.3 Piano annuale di vigilanza, controllo e assistenza
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza "empowerment" e dell'informazione; contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES	
INDICATORE OS01IS01	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

L'attività di **vigilanza in edilizia** dovrà riguardare gli aspetti sia di sicurezza che di salute, garantire la copertura del territorio, fornire controlli omogenei e mirati a ridurre i rischi più rilevanti, con soluzioni di prevenzione condivise anche con gli altri enti.

La scelta dei cantieri da ispezionare avverrà sulla base dei seguenti criteri:

- esame delle notifiche preliminari che pervengono alle Strutture ex art. 99 DLgs 81/08;
- individuazione dei cantieri per avvistamento;
- selezione dei cantieri di rimozione e bonifica amianto;
- piani mirati di prevenzione, quali quelli riguardanti le Grandi Opere e il settore spettacoli e fiere;
- richiesta di altri soggetti (AG, esposti, segnalazioni di altri enti, ecc.);
- intervento in cantiere per infortunio.

L'attività di vigilanza su avvistamento consentirà di intervenire sui cantieri al di sotto del "*minimo etico di sicurezza*". I rischi prioritari sulla base dei quali si effettueranno i controlli sono quelli individuati a seguito delle analisi effettuate nell'ambito del progetto nazionale Infor.MO: caduta dall'alto (compreso lo sprofondamento), caduta di materiali dall'alto, elettrocuzione, seppellimento, ribaltamento e investimento da macchine operatrici. Per quest'ultimo rischio, in caso di utilizzo di macchine e attrezzature per cui è prevista specifica abilitazione, sarà necessario verificare anche questo aspetto.

Per la prevenzione della caduta dall'alto, per i rischi investimento e ribaltamento di mezzi e seppellimento saranno utilizzate le specifiche schede regionali predisposte dal gruppo regionale "*Edilizia*".

Gli SPreSAL che hanno sul proprio territorio i cantieri delle grandi opere dovranno garantire, attenendosi alle indicazioni regionali, la vigilanza, l'assistenza e l'informazione tenendo conto delle linee guida tecniche e di indirizzo nazionali e degli specifici accordi sottoscritti per le singole opere, laddove presenti.

Nell'ambito degli Organismi Provinciali di Vigilanza (OPV) si definirà l'attività coordinata e congiunta. Pur considerando che la possibilità di collaborazione è strettamente correlata alle specifiche situazioni ed alle disponibilità locali, è tuttavia auspicabile che vengano garantite attività coordinate e congiunte soprattutto con l'ITL. Per aumentare l'efficacia dei controlli potranno essere eseguiti congiuntamente programmi operativi che prevedano controlli in cantieri selezionati sulle basi delle notifiche preliminari e delle banche dati messe a disposizione dagli Enti coinvolti.

In merito alla sorveglianza sanitaria si dovrà mantenere l'obiettivo di verificare, nel corso dell'attività di vigilanza, l'attivazione della sorveglianza sanitaria per i lavoratori dei cantieri edili, verificando prioritariamente la nomina del medico competente e l'esecuzione della relativa attività di sorveglianza sanitaria mediante il controllo dei giudizi di idoneità. Si dovrà verificare altresì il rispetto del divieto di somministrare e assumere alcool nei cantieri edili.

Nel programmare l'attività di **vigilanza in agricoltura** si dovrà tener conto prioritariamente dei seguenti criteri:

- controlli prevalentemente su aziende agricole, contoterzisti, aziende di commercio e riparazione macchine agricole;
- ripartizione dei controlli nel 70% delle imprese tra 50 e 500 giornate, nel 30% delle imprese superiori a 500 giornate;
- riguardo la verifica dei requisiti strutturali degli allevamenti bovini e suini, definiti nel documento regionale di indirizzo trasmesso a tutti i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, si dovrà tener conto della programmazione dei controlli previsti dai Servizi Veterinari conducendo, ove possibile, i controlli congiuntamente e in modo coordinato;
- verifica dell'utilizzo di fitosanitari secondo le indicazioni derivanti dal settore regionale, che prevede di coinvolgere, oltre ai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN), altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione con competenze diverse, conducendo dove possibile i controlli congiunti e coordinati.

TITOLO AZIONE	7.4 Sorveglianza sanitaria efficace in edilizia ed agricoltura
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	
INDICATORE OS03IS03	Sorveglianza Sanitaria Efficace
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Definire un documento di buone pratiche condivise con le società scientifiche inerente alla sorveglianza sanitaria nel comparto edilizia e agricoltura a cura del gruppo regionale "Medicina del Lavoro".

Azione di formazione congiunta operatori sanitari degli SPRESAL e medici competenti.

Monitoraggio dell'applicazione delle buone pratiche condivise nell'ambito dell'attività di vigilanza.

TITOLO AZIONE	7.5 PMP Agricoltura
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS02 Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili	
INDICATORE OS02IS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Il gruppo di lavoro regionale agricoltura individuerà il settore di intervento / rischio e produrrà le buone pratiche e la scheda di autovalutazione relativa allo specifico rischio individuato.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	7.6 PMP Edilizia
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS02 Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili	
INDICATORE OS02IS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT08 Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT08IT04	Lenti di equità
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il gruppo di lavoro regionale edilizia individuerà il settore di intervento / rischio e produrrà le buone pratiche e la scheda di autovalutazione relativa allo specifico rischio individuato.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

MONITORAGGIO DELL’AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Formazione operatori SPreSAL			
DESCRIZIONE: verrà attuata la formazione prevista dal PP6, che includerà principi HEA, per la selezione imprese del comparto , sulla base delle caratteristiche locali				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO: Definizione del campione di aziende oggetto del PMP sulla base della dimensione aziendale e coinvolgimento degli stakeholder per l’attuazione del PMP				
ATTORI COINVOLTI	Gruppo di lavoro regionale; SPreSAL delle ASL; stakeholders es. INAIL, altri settori Regionali, rappresentanti delle società scientifiche dei medici competenti, enti, associazioni di categoria e OOSS che operano nel mondo del lavoro, datori di lavoro, figure della prevenzione aziendale e lavoratori			
INDICATORE	FORMAZIONE OPERATORI SPRESAL			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: N. operatori SPreSAL formati / N. totale operatori destinatari della formazione • Standard: 10% • Fonte: regione 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	formazione di almeno il 10% degli operatori SPRESAL	--	--	--
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare il livello di sicurezza e tutela della salute nelle microimprese del settore edile			
DESCRIZIONE: Raggiungere in particolare i lavoratori socialmente più svantaggiati, in genere occupati in microimprese e in mansioni che comportano maggiore esposizione a rischi per la salute e sicurezza				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO: Definizione del campione di aziende oggetto del PMP sulla base della dimensione aziendale e coinvolgimento degli stakeholder per l’attuazione del PMP				
ATTORI COINVOLTI	Gruppo di lavoro regionale; Spresal delle ASL; stakeholders es. INAIL, altri settori Regionali, rappresentanti delle società scientifiche dei medici competenti, enti, associazioni di categoria e OOSS che operano nel mondo del lavoro, datori di lavoro, figure della prevenzione aziendale e lavoratori			
INDICATORE	% Microimprese all’interno del campione selezionato			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: N. microimprese oggetto del PMP / N. totale imprese oggetto del PMP • Standard: 20% • Fonte: regione 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	N. microimprese oggetto del PMP sul totale delle imprese oggetto del PMP: 20%

3.8 PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

3.8.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP08
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Barbara Galla - Fabrizio Ferraris - Pierluigi Pavanelli
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale</p> <p>MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori</p> <p>MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti</p> <p>MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa</p> <p>MO4-07 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la Total worker health</p> <p>MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health</p> <p>MO4-10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti</p> <p>MO4-11 Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS</p> <p>MO4-12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso</p> <p>MO4-13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti</p> <p>MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)</p> <p>MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico</p> <p>MO5-05 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione</p> <p>MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon</p> <p>MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor</p> <p>MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche</p>

<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<p>MO4LSa Perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, anche attraverso lo sviluppo del SINP</p> <p>MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione</p> <p>MO4LSH Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari</p> <p>MO4LSj Diffusione ed utilizzo delle evidenze sull'esposizione a vari fattori correlati alle malattie professionali e sulle azioni efficaci di prevenzione</p> <p>MO4LSk Promuovere la capacità di migliorare le valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo secondo normativa e linee di indirizzo, anche in un'ottica di semplificazione dei processi</p> <p>MO4LSo Promozione dell'adozione da parte delle imprese di buone prassi ex art. 2 comma 1 lettera v D. Lgs 81/08</p> <p>MO4LSq Sviluppo di percorsi di formazione sulla SSL per l'acquisizione di nuove competenze disciplinari per il contrasto del fenomeno tecnopatico</p> <p>MO4LSr Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)</p> <p>MO4LSs Promozione del ruolo strategico del medico competente nella progettazione, attuazione e monitoraggio delle azioni di Total Worker Health e di promozione della salute</p> <p>MO4LSt Implementazione, coordinamento e valutazione dei sistemi e degli interventi di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto</p> <p>MO4LSv Integrazione delle attività di controllo in ispezioni, verifiche documentali e percorsi di prevenzione</p> <p>MO4LSw Produzione di report periodici e sistematici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro con diffusione di documentazioni relative alle azioni di prevenzione efficaci già realizzate</p> <p>MO5LSc Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato</p> <p>MO5Lsd Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari trasversalmente nei diversi servizi sui temi della valutazione e gestione del rischio chimico</p> <p>MO5LSi Ottimizzazione dell'attività dei COR al fine di censire le esposizioni ad amianto pregresse della popolazione e migliorare la sorveglianza epidemiologica sull'andamento delle esposizioni all'amianto</p> <p>MO5LSu Iniziative strutturate informative/educative rivolte agli operatori del settore agricolo ed extra-agricolo per una riduzione dell'uso di fitofarmaci</p>
<p>LEA</p>	<p>B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato</p> <p>B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto"</p> <p>B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)</p> <p>B15 Tutela della collettività dal rischio radon</p> <p>C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro</p> <p>C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali</p> <p>C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro</p> <p>C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro</p> <p>C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani</p> <p>C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine</p>

3.8.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità e Analisi di contesto

Si premette che il profilo di salute ed equità della popolazione occupata descritto al presente programma è di riferimento anche per i PP 3, 6, 7. Il file della valutazione completa del setting ambienti di lavoro con tabelle e grafici utili a tutti i programmi citati è reperibile in allegato al PP6 nella piattaforma <https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it>. Nel PP3 è stato allegato il file esteso relativo alla

valutazione degli stili di vita della popolazione occupata piemontese completo di tabelle e grafici, mentre nel PP 7, per brevità, è stato riportato solo l'estratto di interesse. Un documento esteso sul profilo di salute e di rischio della popolazione lavorativa piemontese, in termini di rischio infortunistico, esposizione a fattori ergonomici e psicosociali, esposizione a cancerogeni e incidenza di tumori professionali, è disponibile in piattaforma allegato al PP6.

Esposizione a cancerogeni

Riguardo all'esposizione della popolazione lavorativa piemontese a cancerogeni occupazionali, si evidenzia il fatto che al momento l'unica fonte di informazione disponibile è quella derivante dalle comunicazioni dei Medici Competenti sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori. Infatti, i registri cancerogeni aziendali, che rappresentano la fonte ufficiale sull'esposizione dei lavoratori a cancerogeni sul lavoro, da circa 5 anni, a causa del cambiamento delle modalità di invio dei registri all'INAIL, sono accessibili da parte degli operatori degli SPreSAL solo riguardo al nome dell'azienda e al numero degli esposti, senza alcuna informazione relativa agli agenti ed ai relativi livelli di esposizione, cosa che impedisce una mappatura dell'esposizione ai singoli agenti.

A livello regionale, nel 2019 (ultimo anno disponibile, essendo stato prorogato nel 2021 l'obbligo della comunicazione relativa al 2020, a causa della pandemia da Covid-19) secondo i dati sulla sorveglianza sanitaria il numero di esposti ad agenti cancerogeni era di quasi 19.000 (3.411 donne e 15.495 uomini), di cui 2.119 esposti ad amianto, 2.598 a silice cristallina, 12.421 esposti ad agenti cancerogeni e 1.758 ad agenti mutageni. In particolare, l'esposizione ad amianto e a silice riguarda fundamentalmente gli uomini, che costituiscono circa il 95% degli esposti a questi agenti, mentre per gli altri agenti cancerogeni e mutageni le proporzioni di uomini risultano inferiori (77% e 82%, rispettivamente).

Esposizione a fattori ergonomici e psicosociali

Dai dati sulle comunicazioni dei Medici Competenti sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori risulta che in Piemonte nel 2019 circa 1 milione e 80 mila lavoratori/lavoratrici erano esposti a fattori ergonomici sul lavoro (36.4% del totale), di cui circa 374.000 donne e 706.000 uomini (35.0% e 37.1% del totale, rispettivamente). Il 17% del totale dei lavoratori/lavoratrici era esposto a movimentazione manuale dei carichi, il 6% a sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, il 2.4% a vibrazioni mano-braccio e a vibrazioni al corpo intero, e il 9% a rischi posturali, con proporzioni abbastanza simili per sesso, eccetto che per esposizione a vibrazioni, più diffusa tra gli uomini (3.5% rispetto a 0.5%).

Il livello di esposizione a fattori ergonomici e psicosociali sul lavoro è stato attribuito alla popolazione occupata piemontese per mezzo di una matrice occupazione/esposizione (Job-Exposure Matrix: JEM) derivata dall'Indagine sulle Professioni condotta dall'INAPP nel 2013 su circa 16.000 lavoratori. In questa indagine sono state intervistati circa 20 soggetti per ciascuna delle 796 professioni identificate dalla classificazione delle professioni ISTAT del 2011 (CP2011 a 5 digit), a cui sono stati posti quesiti su molte caratteristiche del proprio lavoro, in termini di importanza di una certa caratteristica, o di livello di intensità o frequenza di un'esposizione a fattori lavorativi o di un'attività svolta sul lavoro.

Delle centinaia di variabili presenti nella JEM ne sono state selezionate alcune che indagavano caratteristiche ergonomiche del lavoro, sulla base delle quali è stato costruito un indice ergonomico complessivo. Sono inoltre stati costruiti indicatori di esposizione ai più diffusi fattori psicosociali sul lavoro secondo il modello teorico demand-control di Karasek et al. (1998), cioè le dimensioni di demand, control e job strain.

Per attribuire i punteggi di esposizione ai fattori di rischio considerati alla popolazione occupata piemontese, la JEM è stata linkata con i dati aggregati delle indagini sulle Forze di Lavoro 2015-2019, mediante il codice professionale Istat, che è presente in tali indagini ma con un livello di dettaglio inferiore (3 digit). Ciò ha permesso di stimare il livello di esposizione medio non solo per professione Istat a 3 digit (126 professioni), ma anche per altre variabili presenti nelle indagini delle forze di lavoro: classe di età, sesso, settore produttivo, dimensione aziendale, tipologia di lavoro, provincia di residenza, livello di istruzione.

Esposizione a fattori ergonomici

Tra gli uomini i settori a 1 digit con il più alto livello di esposizione a fattori ergonomici sono le costruzioni e l'agricoltura, seguite dal settore alberghiero e della ristorazione e da quello manifatturiero, mentre ad un livello di esposizione intermedio si collocano il commercio, i trasporti e l'immagazzinaggio, e gli altri servizi collettivi e personali. Tra i settori a 2 digit dell'industria i più alti livelli di esposizione si osservano nell'estrazione dei minerali, nella fabbricazione di mobili e altri prodotti in legno, di articoli in pelle e di prodotti in metallo, nella riparazione, manutenzione e installazione di macchine, nella raccolta, trattamento e smaltimento di rifiuti, in metallurgia, nella produzione di bevande, nell'industria cartaria e in quella alimentare, nella metallurgia e nella fabbricazione di prodotti in gomma o plastica.

Tra le donne, i settori con il più elevato indice ergonomico sono l'agricoltura, il settore alberghiero e della ristorazione e quello manifatturiero, mentre nelle costruzioni il livello di esposizione risulta basso, verosimilmente a causa del fatto che la maggior parte delle donne occupate in questo comparto a differenza degli uomini non svolgono lavoro manuale. Esaminando in maggior dettaglio l'industria (Ateco a 2 digit), le donne più esposte a fattori ergonomici risultano quelle occupate nella fabbricazione di articoli in pelle, nell'industria tessile e in quella alimentare, nella produzione di elettrodomestici, di articoli in gomma o plastica, di autoveicoli, di articoli di abbigliamento e di prodotti elettronici.

L'analisi dell'esposizione a fattori ergonomici per sesso e provincia non mostra significative differenze tra le province, anche se tra gli uomini il livello di esposizione pare leggermente più elevato nelle province di Cuneo e Asti, verosimilmente per la maggiore proporzione di occupati in agricoltura in queste due province, che come noto hanno una forte vocazione agricola.

Esaminando il livello di esposizione a fattori ergonomici per sesso, settore produttivo e livello di istruzione, i livelli più elevati si riscontrano tra i lavoratori con titolo di studio medio e basso occupati nelle costruzioni, tra gli uomini, e nell'agricoltura e nel settore alberghiero in entrambi i sessi. A seguire si collocano, sia tra gli uomini che tra le donne, i lavoratori con bassa istruzione occupati nel settore manifatturiero e in quello immobiliare e di servizi alle imprese, i lavoratori con alta istruzione dell'agricoltura e quelli con bassa istruzione occupati nel settore "Istruzione, sanità e altri servizi sociali". Passando ad esaminare l'esposizione ai fattori di rischio considerati sia per settore che per dimensione aziendale, si evidenzia che i lavoratori occupati in aziende di piccole dimensioni presentano in generale punteggi di esposizione più elevati.

Esposizione a fattori psicosociali (stress lavoro-correlato)

L'esposizione a fattori di stress mostra in entrambi i sessi i più alti valori di job strain nel settore trasporti e immagazzinaggio e nell'amministrazione pubblica, con i valori più bassi osservati in agricoltura. Dall'analisi più approfondita dell'industria (ateco a 2 digit), tra gli uomini i settori più esposti ad alto job strain risultano l'estrazione dei minerali metalliferi, la raffinazione del petrolio, la fabbricazione di prodotti chimici e farmaceutici, l'industria tessile e quella automobilistica, mentre tra le donne i valori più elevati si osservano in metallurgia, nella gestione dell'acqua potabile e delle fogne, nella fabbricazione di elettrodomestici e autoveicoli, nell'industria delle bevande e nella riparazione e manutenzione di macchine. Distinguendo le 2 dimensioni del job strain, i più bassi livelli di controllo sul lavoro si osservano per entrambi i sessi nel settore trasporti e immagazzinaggio, seguito negli uomini dai settori delle costruzioni e alberghiero e nelle donne da Altri servizi collettivi e personali, dal settore manifatturiero e da quello alberghiero. All'interno dell'industria, i settori a 2 digit con la più alta esposizione sono l'estrazione di minerali, la raccolta e il trattamento dei rifiuti, la raffinazione del petrolio e l'industria tessile. Riguardo all'esposizione a "job demand", tra gli uomini il livello di esposizione è maggiore nel settore finanziario e assicurativo, seguito da quello delle comunicazioni e dell'amministrazione pubblica, mentre tra le donne è maggiore nel settore immobiliare e di servizi alle imprese, nell'amministrazione pubblica e nelle costruzioni. All'interno del settore manifatturiero (ateco a 2 digit), tra gli uomini risultano più esposti quelli occupati nell'estrazione di petrolio e gas naturale, nella distribuzione di energia elettrica e gas, nella fabbricazione di prodotti farmaceutici, di altri mezzi di trasporto, di prodotti elettronici e di elettrodomestici, e nella riparazione e manutenzione di macchinari, mentre tra le donne i servizi di supporto all'estrazione, la gestione delle reti fognarie, la riparazione e

manutenzione di macchinari, l'industria delle bevande e la raccolta, trattamento e distribuzione dell'acqua potabile.

L'analisi sull'esposizione a stress lavoro-correlato per sesso e provincia non mostra sostanziali differenze tra province nei punteggi di job strain, control e demand né negli uomini, né nelle donne.

Analizzando il livello di esposizione ai fattori di stress occupazionale per settore produttivo, livello di istruzione e sesso, i più alti livelli di job strain sono osservati in entrambi i sessi in lavoratori con istruzione media o bassa occupati in trasporti e immagazzinaggio, che include il settore logistico, ben noto per un'organizzazione del lavoro caratterizzata da ritmi elevati e alti carichi di lavoro mentale, e nell'amministrazione pubblica, e con ogni livello di istruzione nelle attività finanziarie e assicurative. Esaminando separatamente l'esposizione alle due componenti del job strain, i più bassi livelli di controllo sul lavoro si riscontrano tra i lavoratori di entrambi i sessi con un basso livello di istruzione occupati in trasporti e immagazzinaggio, nell'amministrazione pubblica, in istruzione, sanità e altri servizi sociali, nel settore immobiliare e di servizi alle imprese, e nella manifattura. Al contrario, il più alto livello di richieste psicologiche (demand) si osserva in uomini e donne con alto livello di istruzione occupati nel settore immobiliare e dei servizi alle imprese, nell'amministrazione pubblica, in istruzione, sanità e altri servizi sociali, nella manifattura e nelle comunicazioni, e in quelli con ogni livello di istruzione impiegati nelle attività finanziarie e assicurative.

L'analisi per settore produttivo e dimensione aziendale mostra che l'esposizione a job strain risulta massima nel settore dei trasporti, indipendentemente dalla dimensione aziendale. Seguono le attività finanziarie e assicurative e la pubblica amministrazione, con piccole differenze per dimensione aziendale, e le aziende con più di 50 addetti del settore manifatturiero. La dimensione del controllo sul lavoro mostra pure i livelli più bassi nei Trasporti, indipendentemente dalla dimensione aziendale, ma anche nelle piccole aziende della maggior parte dei settori. Un quadro diverso si evince dall'analisi dei punteggi di richieste psicologiche sul lavoro, che vede in testa alla classifica le Attività finanziarie e assicurative, l'amministrazione pubblica e i Servizi di informazione e comunicazione, con piccole differenze per dimensione aziendale, insieme alle grandi aziende dei settori Altri servizi collettivi e personali e di Istruzione, sanità e altri servizi sociali.

Analisi di contesto

In Piemonte nei precedenti PRP sono stati avviati gruppi di lavoro su temi specifici, in particolare di interesse per il presente PP:

- gruppo rischio da agenti chimici, cancerogeni e mutageni;
- gruppo medicina del lavoro;
- gruppo formazione ex dlgs 81/08;
- gruppo sicurezza macchine.

Tali gruppi hanno favorito il confronto a livello nazionale, regionale e locale su temi prevalenti.

Per quanto riguarda il rischio stress lavoro-correlato e la prevenzione delle malattie muscolo-scheletriche, vi sono state alcune esperienze al livello locale (es. RSA).

Nella Regione Piemonte soltanto alcune ASL hanno sperimentato in passato la metodologia dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP), mentre nel recente passato in quasi tutti i territori sono stati attuati specifici progetti di comparto, anche in collaborazione con Arpa (es. stampaggio plastica, legno, galvaniche, gomma). Pertanto, in stretta correlazione con il PP6, preliminarmente all'attuazione dei PMP sarà effettuata un'analisi delle risorse umane e delle competenze degli SPreSAL al fine di avviare una prima sperimentazione della metodologia, compatibilmente con le altre attività istituzionali che dovranno comunque essere garantite. Inoltre verranno valutate le possibilità di collaborazione con altri Enti, società scientifiche e i portatori di interesse.

A livello sperimentale verranno individuate una o più ASL capofila che dovranno predisporre ed attuare il PMP per il rischio cancerogeno professionale, patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio da stress lavoro-correlato, previo confronto anche nell'ambito del CRC o in gruppi dedicati. Le rimanenti ASL attueranno i PMP legati ai comparti edilizia ed agricoltura e sceglieranno 1 PMP, fra i 3 rischi legati al PP8, da attuare nel proprio territorio sulla base della specificità locali e delle collaborazioni in essere con i vari stakeholder.

3.8.3 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il lavoro e i luoghi di lavoro sono soggetti a continui cambiamenti dovuti all'introduzione di nuove tecnologie, sostanze e processi lavorativi, a modifiche della struttura della forza lavoro e del mercato del lavoro, nonché a nuove forme di occupazione e organizzazione del lavoro. Pur in tale contesto caratterizzato da un forte grado di evoluzione, le attuali evidenze confermano la necessità di focalizzare l'attenzione del sistema della prevenzione su tre aree di rischio ritenute particolarmente significative, ma caratterizzate allo stesso tempo dal noto livello di sottostima dei danni cronici da esposizioni professionali: prevenzione dei tumori di origine professionale, prevenzione delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico di origine professionale, prevenzione dello stress correlato al lavoro. In particolare, con riferimento ai singoli rischi sopra descritti, si evidenzia quanto segue.

- L'International Labour Office (ILO) afferma che a livello mondiale, su 2.300.000 milioni di morti collegate al lavoro, l'80% è da attribuire a malattie, mentre il 20% ad infortuni. Tra le malattie da lavoro più gravi vi sono le neoplasie professionali, il cui numero conosciuto (in quanto oggetto di denunce o segnalazioni), tuttavia, in Italia come in altri Paesi, è fortemente più basso di quello atteso sulla base di stime scientificamente validate (Doll e Peto, Parkin, Hutchings). Su oltre 373.000 casi di tumore occorsi nel 2018 in Italia, a fronte di circa 15.000 casi attesi di neoplasie professionali (utilizzando una percentuale cautelativa del 4%), si registrano 2.000 casi denunciati (fonte INAIL). Ne consegue prima di tutto la necessità di migliorare la conoscenza del fenomeno dal punto di vista quali-quantitativo, in termini di diffusione dei principali agenti cancerogeni nelle imprese e nei comparti produttivi, al fine di programmare azioni di prevenzione mirate ed efficaci, consentirne l'emersione e il dovuto riconoscimento delle malattie professionali. Questa azione di emersione dei tumori professionali deve essere necessariamente sostenuta dal pieno funzionamento e dalla condivisione in rete dei sistemi istituzionali e delle banche dati già previste dal DLgs 81/2008 e successivi accordi e provvedimenti applicativi, aumentandone l'utilizzo in ogni ambito territoriale. Inoltre, le attività di controllo, così come quelle di informazione ed assistenza, devono essere sufficientemente estese ed omogenee sul territorio nazionale per intervenire sulle principali situazioni di esposizione ad agenti cancerogeni, dotandosi di strumenti efficaci, ed essere monitorate, anche al fine di valutarne l'efficacia, in termini di esiti di processo. Anche al fine di migliorare la *compliance* dei destinatari delle azioni di controllo, è opportuno promuovere, ogni volta che è possibile, la partecipazione delle altre Istituzioni e del partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico circa le scelte sugli ambiti e sugli strumenti di intervento preventivo. Per facilitare il complessivo miglioramento della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, occorre altresì condurre azioni locali, regionali e nazionali, tese ad aumentare la capacità delle imprese di svolgere un'appropriata valutazione e gestione del rischio.

- Le patologie professionali dell'apparato muscolo scheletrico (MSK), per lo più connesse a condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo, rappresentano, secondo i dati INAIL, la maggioranza assoluta delle patologie professionali denunciate e riconosciute in Italia (nel 2016, le patologie MSK, inclusive della STC, classificata tra le patologie del sistema nervoso rappresentavano circa il 75% di tutte le patologie professionali denunciate e il 78% di quelle riconosciute; nel 2018, in base ai dati INAIL si stima che le stesse patologie MSK abbiano rappresentato quasi l'80% delle patologie professionali denunciate). Tuttavia, numerose informazioni di contesto fanno ritenere che molte di queste patologie lavorative non siano oggetto di specifica notifica/denuncia agli organi della P.A. La crescente diffusione di queste patologie, sicuramente meno gravi rispetto ai tumori professionali, e la loro presunta sottototifica, sono alla base del presente piano in piena continuità con le azioni già previste in una specifica linea di attività del PNP 2014-2018 (prorogato al 2019), che ha consentito già la realizzazione di attività significative in tale direzione, tra le quali: creazione di un gruppo nazionale interistituzionale di coordinamento e supporto tecnico-scientifico della linea di lavoro; messa a punto e diffusione di linee di indirizzo per la valutazione e gestione del rischio rispettivamente da Movimentazione Manuale dei Carichi e da Sovraccarico Biomeccanico degli arti superiori, approvati dal Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica; messa a punto di programmi di formazione/aggiornamento degli

operatori ASL; messa a punto di procedure e specifiche schede di lavoro per un modello partecipato di intervento proprio del piano mirato, basato su aspetti di condivisione tra attori coinvolti, su attività promozionali di assistenza alle imprese e, solo in seconda battuta, su interventi di vigilanza vera e propria; messa a punto, seppur ancora in corso, di altri documenti di indirizzo (es. sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a condizioni di sovraccarico biomeccanico, valutazione del rischio da movimentazione dei malati non autosufficienti).

Nel presente Programma, tali attività saranno ulteriormente implementate e consolidate. Pertanto, i principali obiettivi restano: favorire la emersione delle patologie professionali muscolo-scheletriche; implementare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo per una adeguata prevenzione delle patologie professionali MSK e dei relativi esiti; implementare i flussi Ospedale-ASL per alcune patologie MSK (Ernia discale lombare e Sindrome del tunnel carpale) passibili di ricovero (ordinario o Day Hospital) con l'obiettivo di sviluppare iniziative di ricerca attiva delle malattie professionali MSK. In particolare sarà consolidata una "nuova" modalità proattiva di intervento, tipica del piano mirato di prevenzione che, pur coerente con i disposti normativi vigenti, rappresenta un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza. Essa rappresenta uno strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma. In essa, l'azione dei Servizi specifici delle ASL si orienta verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero valutazione e corretta gestione dei rischi: in questo quadro è di fondamentale importanza sostenere i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale.

- Lo stress lavoro-correlato (SLC) rappresenta un problema di salute dovuto al lavoro che si è accentuato in questi anni per i notevoli cambiamenti dell'organizzazione del lavoro e dell'andamento del mercato del lavoro, con evidenti ripercussioni anche al livello di produttività delle aziende e al livello economico. Collegato a questo tema è sempre più necessario inquadrare nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali le molestie, violenze, aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità. Il Programma intende contribuire all'accrescimento ed al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei cosiddetti rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione. Lo sviluppo del programma prevede: la verifica dell'efficacia dell'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC a livello regionale attraverso il monitoraggio delle attività di vigilanza da parte dei Servizi delle ASL; l'*empowerment*, attraverso un'attività di informazione/formazione specifica, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'approccio alla valutazione e gestione di tale rischio, del personale dei servizi delle ASL e delle figure aziendali del sistema di prevenzione, in particolare del Rappresentante di Lavoratori per la Sicurezza; la produzione di un report nazionale e regionale; la diffusione di materiale informativo/divulgativo per le aziende; la realizzazione di iniziative informative/formative nei confronti di aziende, associazioni, figure aziendali della prevenzione, sindacati, consulenti, etc; la sottoscrizione di accordi intersettoriali con le parti Sociali, gestiti all'interno del Comitato ex art. 7 del D.Lgs 81/2008.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. *Estimating the burden of occupational cancer: assessing bias and uncertainty.* Hutchings S1, Rushton L1. *Occup Environ Med.* 2017 Aug;74(8):604-611
2. *The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010.* Parkin DM1, Boyd L, Walker LC., *Br J Cancer.* 2011 Dec 6;105 Suppl2:S77-81

3. *The Italian Surveillance System for Occupational Cancer: Characteristics, Initial Results and Future Prospects.* Paolo Crosignani et al, *Am J IndMed* 2006, 49: 791-798
4. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*
5. *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today.* Doll R, Peto R., *J Natl Cancer Inst.* 1981 Jun; 66(6):1191-308
6. <http://www.occam.it/matrix/index.php>
7. <http://hazmap.nlm.nih.gov/index.php>
8. <http://www.dors.it/matline>
9. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019): linee di indirizzo per l'applicazione del titolo VI del D. Lgs. 81/08 e per la valutazione e gestione del rischio connesso alla Movimentazione Manuale di Carichi (MMC) (Documento Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica-2016)*
10. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019): linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori (Documento Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica-2018)*
11. *E. Occhipinti, D. Colombini. A toolkit for the analysis of biomechanical overload and prevention of WMSDs: criteria, procedures and tool selection in a step-by-step approach. International Journal of Industrial Ergonomics, 52, 18-28, 2016*
12. *Linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico – Gruppo Tecnico Interregionale SSSL*
13. *Linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori – Gruppo Tecnico Interregionale SSSL La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato - Manuale ad uso delle aziende in attuazione del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.- INAILCOLLANA RICERCHE - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale-Coordinamento scientifico: Sergio Iavicoli, Benedetta Persechino*
14. *Cristina Di Tecco, Matteo Ronchetti, Monica Ghelli, Benedetta Persechino, Sergio Iavicoli-La gestione del rischio stress lavoro-correlato nelle aziende nell'ottica di processo e prevenzione: approfondimenti sulla metodologia INAIL- Giornale italiano di psicologia-Il Mulino 1-2/2019, gennaio-giugno*
15. *Antonia Ballottin, Daniele Berto- Rischi psicosociali ed attività preventiva nelle aziende Giornale italiano di psicologia 1-2/2019, gennaio-giugno*
16. *DECRETO 10 giugno 2014 - Approvazione dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali e' obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del Testo Unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni e integrazioni.*
17. *Accordo quadro europeo sulle molestie e la violenza nel luogo di lavoro 2007*
18. *Convenzione e Raccomandazione sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro, ILO 2019*
19. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Ministero della Salute 2007*
20. <http://www.istat.it/it/archivio/209107>
21. <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/ricerca-e-tecnologia/area-salute-sul-lavoro/rischi-psicosociali-e-tutela-dei-lavoratori-vulnerabili/rischio-stress-lavoro-correlato.html>
22. *Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro Decreto Legislativo 81/2008 s. m. i.- STRESS LAVORO-CORRELATO Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI*
23. *Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro- Decreto Legislativo 81/2008 s. m. i. STRESS LAVORO-CORRELATO- Piano formativo per gli operatori dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di Lavoro*

Declinazione a livello regionale del Programma

Nella Regione Piemonte soltanto alcune ASL hanno sperimentato in passato la metodologia dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP). Pertanto, preliminarmente all'attuazione dei PMP sarà effettuata un'analisi delle risorse umane e delle competenze degli SPreSAL al fine di avviare una prima sperimentazione della metodologia, compatibilmente con le altre attività istituzionali che dovranno comunque essere garantite. Inoltre verranno valutate le possibilità di collaborazione con altri Enti, società scientifiche e i portatori di interesse. Quindi durante la fase di vigenza del presente Piano saranno attuati PMP sui rischi prioritari del presente programma, oltre a quelli legati ai comparti edilizia ed agricoltura.

A livello sperimentale verranno individuate una o più ASL capofila che dovranno predisporre, sulla base del modello predisposto nell'ambito delle azioni del PP6, e attuare il PMP per il rischio cancerogeno professionale, patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio da stress lavoro-correlato, previo confronto anche nell'ambito del CRC o in gruppi dedicati.

Le rimanenti ASL attueranno i PMP legati ai comparti edilizia ed agricoltura e sceglieranno 1 PMP, fra i 3 rischi legati al PP8, da attuare nel proprio territorio sulla base della specificità locali e delle collaborazioni in essere con i vari stakeholder.

Di seguito le principali fasi del presente programma:

- le ASL capofila definiranno il PMP sui tre fattori di rischio prioritari, sulla base di quanto sarà definito nel PP6;
- verranno formati gli operatori SPreSAL delle ASL;

- ogni ASL individuerà il settore/rischio dove attivare il PMP *equity-oriented* sulla base delle caratteristiche locali, alleanze interne ed esterne.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

3.8.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PP08_OT02	Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008			
INDICATORE PP08_OT02_IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7			
formula	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione			
Standard	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP	almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP	almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP	almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PP08_OT03	Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza			
INDICATORE PP08_OT03_IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio			
formula	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione			
Standard	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)	almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)	almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)	almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PP08_OT05	Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)			
INDICATORE PP08_OT05_IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio			
formula	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder			
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PP08_OT06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
INDICATORE PP08_OT06_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.8.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PP08_OS01	Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)			
INDICATORE PP08_OS01_IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali			
formula	presenza			
Standard	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio; 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio	formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento	monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza	monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP08_OS02	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti			
INDICATORE PP08_OS02_IS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace			
formula	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)			
Standard	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B): 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente alla sorveglianza sanitaria; 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti, 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) e presenza documento di buone pratiche condivise inerente alla sorveglianza sanitaria	realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) e formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti	realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) e verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza	realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) e verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione			

3.8.6 Azioni

TITOLO AZIONE	8.1 Ridefinizione del coordinamento degli attori istituzionali
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	
INDICATORE OT02IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Come programmato anche nei PP6 e 7 verranno sviluppate le seguenti attività:

Funzionamento del Comitato regionale di coordinamento: nuova organizzazione tramite istituzione di gruppi di lavoro tematici in coerenza con i PMP da attivare

Ufficio operativo: sarà aggiornata la composizione dell'Ufficio Operativo Regionale al fine di migliorare il raccordo istituzionale e favorire la diffusione delle azioni previste dai PP 6,7,8

Collaborazione con pubbliche amministrazioni (INAIL, INPS).

TITOLO AZIONE	8.2 Formazione, informazione, assistenza nell'ambito dei PMP
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione congiunta "operatori sanitari e socio-sanitari e altri Settori"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	
INDICATORE OT03IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Come programmato anche nei PP6 e 7, verranno sviluppate le seguenti attività:

Iniziative di formazione sia sul metodo PMP sia sulle metodologie di valutazione e gestione del rischio, rivolte a operatori SPreSAL e alle figure aziendali della prevenzione, anche in collaborazione con INAIL, associazioni datoriali e organizzazioni sindacali dei lavoratori, previa condivisione / confronto in ambito CRC.

Formazione a livello regionale rivolta ad almeno 2 operatori SPreSAL per ogni ASL seguita da formazione a cascata a livello locale.

TITOLO AZIONE	8.3 PMP Rischio cancerogeno professionale
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
INDICATORE OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVO OS02 Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	
INDICATORE OS02IS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La Regione Piemonte ha deciso di attuare un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) per la prevenzione del rischio cancerogeno in almeno due ASL di cui una capofila, di seguito le relative fasi.

Fase 1 - ASSISTENZA

Per l'attuazione della Fase 1 saranno realizzate le seguenti attività:

Attività 1 – Progettazione (da attuarsi tra settembre 2021 e marzo 2022)

L'attività di Progettazione sarà svolta dal Gruppo di Lavoro Regionale "Rischi da agenti chimici, cancerogeni e mutageni negli ambienti di lavoro" in collaborazione con il Gruppo di Lavoro "Rischio da agenti cancerogeni e mutageni" individuato con DD 957/A1409B/2021, in cui sono presenti i rappresentanti le OOSS, le associazioni dei Datori di Lavoro e le Società Scientifiche di riferimento. La progettazione sarà attuata nel rispetto delle seguenti fasi:

- organizzazione della formazione dei gruppi di lavoro regionali dedicati allo sviluppo dei PMP: i partecipanti ai gruppi di lavoro per la redazione dei PMP saranno oggetto di una formazione a livello regionale dedicata all'applicazione della metodologia del PMP;
- definizione dei criteri di ricerca/selezione e delle modalità di coinvolgimento delle imprese: saranno definiti i criteri di selezione delle imprese da coinvolgere nell'ambito del PMP da parte di ciascuno SPreSAL nel territorio di propria competenza, anche mediante le informazioni presenti negli archivi degli SPreSAL e di quelle presenti nei Flussi Informativi INAIL-Regioni al cui accesso ogni SPreSAL è abilitato per il territorio di propria competenza. Saranno definite, inoltre, dai GdL le modalità da adottare da parte di ciascuno SPreSAL per il coinvolgimento delle imprese del proprio territorio, avvalendosi di organismi paritetici, enti bilaterali, associazioni di categoria, OOSS;

- c. esame di buone prassi/buone pratiche e redazione del relativo documento: sarà effettuato l'esame di buone prassi/buone pratiche e soluzioni organizzative efficaci per ridurre il rischio oggetto del PMP, di materiale documentale/informativo relativo all'approccio "sistemico" del rischio, alla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41, 42 DLgs 81/08). Tale materiale sarà raccolto in un Documento di buone prassi/buone pratiche che sarà presentato e condiviso nei seminari di avvio e reso fruibile anche con la pubblicazione nei siti web istituzionali della Regione, delle ASL e degli stakeholder;
- d. predisposizione della scheda di autovalutazione: sarà predisposta la scheda di autovalutazione aziendale da somministrare alle imprese, anche adattando alla realtà locale eventuali schede già disponibili e, comunque, tenendo in considerazione i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche. Saranno stabiliti anche i tempi di riconsegna allo SPreSAL territorialmente competente, da parte delle imprese, delle schede di autovalutazione debitamente compilate. La scheda di autovalutazione dovrà contenere anche specifiche sezioni che consentano di rilevare l'applicazione delle Buone Prassi relative alla Sorveglianza Sanitaria;
- e. predisposizione del materiale per i seminari di avvio e modalità di organizzazione: i GdL progetteranno l'attuazione dei seminari di avvio, predisponendo anche le presentazioni dei relatori, la lettera di invito per le imprese e le modalità di registrazione ai seminari e di verifica della presenza o meno delle imprese invitate;
- f. organizzazione della formazione degli operatori SPreSAL: i GdL definiranno il programma per la formazione del personale degli SPreSAL piemontesi che attueranno il PMP sulla prevenzione del rischio cancerogeno. La formazione verterà sulle modalità di predisposizione di un PMP sulla prevenzione del rischio cancerogeno quali per es. i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche, sulla scheda di autovalutazione, sulle strategie di intervento mirate al contrasto del rischio da esposizione ad agenti cancerogeni oggetto del PMP, sull'approccio "sistemico" del rischio, sulla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti. Sarà a cura del Gruppo di Lavoro "Rischi da agenti chimici, cancerogeni e mutageni negli ambienti di lavoro" l'organizzazione e l'attuazione dei corsi, nel 2022, come meglio descritto nell'Attività 3;
- g. modalità organizzative delle attività di formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese: i GdL progetteranno le iniziative di formazione per le imprese, che saranno organizzate ed attuate nei territori di competenza da parte di ogni singolo SPreSAL che attiverà lo specifico PMP sulla prevenzione del rischio cancerogeno. Le attività di docenza saranno effettuate dal personale SPreSAL formato nell'Attività 3. La formazione in parola non sostituisce in alcun modo la formazione obbligatoria prevista per legge, ma è funzionale ai contenuti e agli obiettivi del PMP. La progettazione terrà conto anche degli obiettivi e dei relativi indicatori dell'azione trasversale "Formazione" del PP6 e verrà prevista almeno una iniziativa annuale in ciascuno SPreSAL che ha attivato il PMP sul rischio cancerogeno, a partire dal 2023 (poiché nel 2022 le iniziative di formazione saranno dedicate al personale degli SPreSAL di cui al punto a). La formazione verterà sui contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche di cui al punto b). I GdL potranno affinare la progettazione della formazione nei successivi anni, anche sulla base dei dati a disposizione nel 2022 (fra cui il numero di imprese coinvolte nel PMP e, tra queste, quelle che hanno partecipato ai seminari di avvio) e per i successivi anni anche sulle informazioni contenute nelle schede di autovalutazione compilate dalle suddette imprese, al fine di tarare meglio gli interventi di formazione alle reali esigenze;
- h. individuazione degli indicatori per la valutazione dell'efficacia: i GdL individueranno gli indicatori per la valutazione dell'efficacia riguardo all'applicazione delle buone prassi/buone pratiche per la riduzione del rischio oggetto del PMP e delle buone pratiche per l'efficacia della sorveglianza sanitaria.

Attività 2 - Realizzazione dei seminari di avvio (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto progettato dai GdL nell'Attività 1, fra cui il criterio di selezione delle imprese adottato in fase di progettazione, ciascuno SPreSAL che attiverà il PMP sul rischio cancerogeno selezionerà, anche mediante le informazioni presenti nei propri archivi, le imprese da coinvolgere nel PMP avvalendosi anche della collaborazione di associazioni di categoria, rappresentanze dei lavoratori, organismi paritetici, enti bilaterali, ecc. per assicurare la massima partecipazione.

Nei seminari di avvio rivolti alle imprese selezionate, da realizzare da parte di ciascuno SPreSAL nel territorio di propria competenza, si provvederà in particolare a presentare i PMP, le relative finalità e condividere gli obiettivi, a presentare e condividere i Documenti di buone prassi/buone pratiche e le schede di autovalutazione aziendale da restituire successivamente, debitamente compilate, allo SPreSAL territorialmente competente.

Attività 3 - Realizzazione della formazione del personale SPreSAL (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto predisposto dai GdL nell'attività 1, saranno organizzati e attuati dallo SPreSAL della ASL Capofila/gruppo tematico i corsi per il personale degli SPreSAL, che potrà avvalersi, sia nella fase organizzativa e sia in quella di realizzazione, anche di docenti esperti di livello nazionale nel settore della prevenzione del rischio cancerogeno.

Attività 4 - Realizzazione della formazione delle figure aziendali della prevenzione e assistenza alle imprese (da attuarsi a partire dal 2023)

Sulla base di quanto predisposto dai GdL nell'attività 1, il personale di ciascuno SPreSAL, formato nella precedente Attività 3, attuerà almeno 1 intervento di formazione all'anno (iniziative/incontri/seminari/convegni) per le imprese oggetto del PMP del proprio territorio sulle buone pratiche da adottare per contrastare il rischio da agenti cancerogeni.

Gli interventi di formazione verteranno sui contenuti del Documento di Buone Prassi riportati nei punti precedenti e saranno rivolti alle seguenti figure: RLS, RLST, RSPP ASPP, Datori di lavoro, Medici Competenti, Associazioni di categoria, Organismi paritetici, Enti Bilaterali.

Gli SPreSAL inoltre - nei termini previsti dall'articolo 10 del DLgs 81/08 - offriranno assistenza alle aziende per l'applicazione delle buone pratiche e anche supporto nella compilazione della scheda di autovalutazione.

Fase 2 - VIGILANZA

Per l'attuazione della fase 2 saranno realizzate le seguenti attività:

Attività 5 - Esame delle schede di autovalutazione (da attuarsi dal 2023 al 2024)

La scheda di autovalutazione aziendale predisposta nel corso dell'Attività 1, condivisa e consegnata nel corso del seminario di avvio alle imprese partecipanti al presente PMP, sarà compilata da parte di ogni impresa coinvolta nel PMP e riconsegnata allo SPreSAL competente per territorio entro i termini stabiliti. Tali schede saranno oggetto di controllo da parte dello SPreSAL territorialmente competente che, anche sulla base di quanto contenuto nelle suddette schede, individuerà le imprese su cui effettuare l'attività di ispezione.

Attività 6 – Ispezioni (da attuarsi tra il 2024 e il 2025)

Gli SPreSAL effettueranno le attività di ispezione in un campione di imprese tra quelle coinvolte nel PMP ricadenti nel territorio di propria competenza, partendo da quelle che non hanno partecipato alle iniziative previste dal PMP pur essendo state invitate, da quelle che non hanno restituito la scheda di autovalutazione e da quelle per le quali sono state rilevate situazioni a rischio dall'esame della scheda di autovalutazione.

Fase 3 - VALUTAZIONE EFFICACIA

Per l'attuazione della fase 3 sarà realizzata la seguente attività:

Attività 7 – Valutazione di efficacia (da attuarsi nel 2025)

Durante l'ultimo anno, sulla base degli indicatori per la valutazione dell'efficacia individuati dai GdL nel corso dell'Attività 1, verrà effettuata inizialmente da parte dei singoli SPreSAL, nei propri territori di

competenza, la valutazione dell'efficacia dell'intervento di prevenzione attuato attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle risultanze delle attività della Fase 2 Vigilanza (Esame delle schede di autovalutazione e Ispezioni), con riferimento all'applicazione delle buone pratiche, relative al PMP attuato, per la riduzione del rischio oggetto dei PMP e per l'efficace sorveglianza sanitaria.

I rappresentanti degli SPreSAL condivideranno le risultanze di tale verifica con i GdL per pervenire a una valutazione complessiva di efficacia a livello regionale.

A conclusione del PMP, i risultati verranno pubblicati nei portali istituzionali delle ASL e della Regione e in quelli degli stakeholder.

Azione "SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE"

Al fine di promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08) relativa alla prevenzione del rischio cancerogeno, saranno attuate le seguenti attività:

- annualmente sarà realizzato un Report di monitoraggio che conterrà l'analisi dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, trasmessi per via telematica dai medici competenti entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento, ai sensi dell'art. 40 del DLgs n. 81/2008 e s.m.i., mediante l'apposita piattaforma informatica web predisposta dall'INAIL (divenuta operativa dal 1° giugno 2013) e resi disponibili in forma aggregata anche agli SPreSAL. Tale Report sarà pubblicato nel portale web istituzionale della Regione Piemonte;
- nel 2022 i Gruppi di Lavoro dei PMP prevenzione del rischio cancerogeno predisporranno i Documenti di buone prassi/buone pratiche comprendenti anche le buone pratiche condivise inerenti alla sorveglianza sanitaria per i rischi oggetto del PMP;
- nel 2023 sarà attuata l'attività di formazione dei medici competenti e degli operatori dei Servizi di prevenzione e protezione delle aziende, nell'ambito dell'attività Trasversale "Formazione" nella quale è prevista anche l'attività di formazione sulla qualità e appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria periodica nei comparti/rischi oggetto del PMP prevenzione del rischio cancerogeno;
- negli anni 2024 e 2025 l'attività di verifica dell'applicazione delle buone pratiche inerenti alla sorveglianza sanitaria sarà attuata nell'ambito della Fase 3 "Valutazione di efficacia" del PMP relativo alla prevenzione del rischio cancerogeno.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

TITOLO AZIONE	8.4 PMP patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
INDICATORE OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVO OS02 Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	
INDICATORE OS02IS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La Regione Piemonte ha deciso di attuare un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) per la prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico in almeno una ASL capofila e nelle ASL che lo sceglieranno come rischio prioritario del loro territorio.

Di seguito le fasi del PMP che seguirà l'ASL per lo sviluppo delle attività.

Fase 1 - ASSISTENZA

Per l'attuazione della Fase 1 saranno realizzate le seguenti attività:

Attività 1 – Progettazione (da attuarsi tra settembre 2021 e marzo 2022)

L'attività di Progettazione sarà svolta da uno specifico gruppo di lavoro regionale, coordinato dall'ASL capofila, che condividerà il PMP con le parti sociali nell'ambito del CRC. La progettazione sarà attuata nel rispetto delle seguenti fasi:

- organizzazione della formazione del gruppo di lavoro regionale dedicato allo sviluppo del PMP: i partecipanti al gruppo di lavoro per la redazione del PMP saranno oggetto di una formazione a livello regionale dedicata all'applicazione della metodologia del PMP;
- definizione dei criteri di ricerca/selezione e delle modalità di coinvolgimento delle imprese: saranno definiti i criteri di selezione delle imprese da coinvolgere nell'ambito del PMP da parte di ciascuno SPreSAL, nel territorio di propria competenza. Verranno utilizzate le informazioni presenti negli archivi degli SPreSAL e di quelle presenti nei Flussi Informativi INAIL-Regioni al cui accesso ogni SPreSAL è abilitato per il territorio di propria competenza. Saranno definite, inoltre, dal GdL le modalità da adottare da parte di ciascuno SPreSAL per il coinvolgimento delle imprese del proprio territorio, avvalendosi di organismi paritetici, enti bilaterali, associazioni di categoria, OOSS;
- esame di buone prassi/buone pratiche e redazione del relativo documento: sarà effettuato l'esame di buone prassi/buone pratiche e soluzioni organizzative efficaci per ridurre il rischio oggetto del PMP, di materiale documentale/informativo relativo all'approccio "sistemico" del rischio, alla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41, 42 DLgs 81/08). Tale materiale sarà raccolto in un Documento di buone prassi/buone pratiche che sarà presentato e condiviso nei seminari di avvio e reso fruibile anche con la pubblicazione nei siti web istituzionali della Regione, delle ASL e degli stakeholder;

- d) predisposizione della scheda di autovalutazione: sarà predisposta la scheda di autovalutazione aziendale da somministrare alle imprese, anche adattando alla realtà locale eventuali schede già disponibili e, comunque, tenendo in considerazione i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche. Saranno stabiliti anche i tempi di riconsegna allo SPreSAL territorialmente competente, da parte delle imprese, delle schede di autovalutazione debitamente compilate. La scheda di autovalutazione dovrà contenere anche specifiche sezioni che consentano di rilevare l'applicazione delle Buone Prassi relative alla Sorveglianza Sanitaria;
- e) predisposizione del materiale per i seminari di avvio e modalità di organizzazione: il GdL progetterà l'attuazione dei seminari di avvio, predisponendo anche le presentazioni dei relatori, la lettera di invito per le imprese e le modalità di registrazione ai seminari e di verifica della presenza o meno delle imprese invitate;
- f) organizzazione della formazione degli operatori SPRESAL: il GdL definirà il programma per la formazione del personale degli SPreSAL piemontesi che attueranno il PMP. La formazione verterà sulle modalità di predisposizione di un PMP per la prevenzione del patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico quali per es. i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche, sulla scheda di autovalutazione, sulle strategie di intervento mirate al contrasto del rischio da esposizione oggetto del PMP, sull'approccio "sistemico" del rischio, sulla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti. Sarà a cura del Gruppo di Lavoro per la prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico l'organizzazione e l'attuazione dei corsi, nel 2022, come meglio descritto nell'Attività 3;
- g) modalità organizzative delle attività di formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese: il GdL progetterà le iniziative di formazione per le imprese, che saranno organizzate ed attuate nei territori di competenza da parte di ogni singolo SPreSAL che attiverà lo specifico PMP. Le attività di docenza saranno effettuate dal personale SPreSAL formato nell'Attività 3. La formazione in parola non sostituisce in alcun modo la formazione obbligatoria prevista per legge, ma è funzionale ai contenuti e agli obiettivi del PMP. La progettazione terrà conto anche degli obiettivi e dei relativi indicatori dell'azione trasversale "Formazione" del PP6, e verrà prevista almeno una iniziativa annuale in ciascuno SPreSAL che ha attivato il PMP, a partire dal 2023 (poiché nel 2022 le iniziative di formazione saranno dedicate al personale degli SPreSAL di cui al punto a). La formazione verterà sui contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche di cui al punto b). I GdL potranno affinare la progettazione della formazione nei successivi anni, anche sulla base dei dati a disposizione nel 2022 (fra cui il numero di imprese coinvolte nel PMP e, tra queste, quelle che hanno partecipato ai seminari di avvio) e per i successivi anni anche sulle informazioni contenute nelle schede di autovalutazione compilate dalle suddette imprese, al fine di tarare meglio gli interventi di formazione alle reali esigenze;
- h) individuazione degli indicatori per la valutazione dell'efficacia: il GdL individuerà gli indicatori per la valutazione dell'efficacia riguardo all'applicazione delle buone prassi/buone pratiche per la riduzione del rischio oggetto del PMP e delle buone pratiche per l'efficacia della sorveglianza sanitaria.

Attività 2 - Realizzazione dei seminari di avvio (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto progettato dal GdL nell'Attività 1, fra cui il criterio di selezione delle imprese adottato in fase di progettazione, ciascuno SPreSAL che attiverà il PMP per la prevenzione del patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico selezionerà, anche mediante le informazioni presenti nei propri archivi, le imprese da coinvolgere nel PMP avvalendosi anche della collaborazione di associazioni di categoria, rappresentanze dei lavoratori, organismi paritetici, enti bilaterali, ecc. per assicurare la massima partecipazione.

Nei seminari di avvio rivolti alle imprese selezionate, da realizzare da parte di ciascuno SPreSAL nel territorio di propria competenza, si provvederà in particolare a presentare i PMP, le relative finalità e condividere gli obiettivi, a presentare e condividere i Documenti di buone prassi/buone pratiche e le

schede di autovalutazione aziendale da restituire successivamente, debitamente compilate, allo SPreSAL territorialmente competente.

Attività 3 - Realizzazione della formazione del personale SPreSAL (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto predisposto dai GdL nell'attività 1, saranno organizzati e attuati dallo SPreSAL della ASL Capofila/gruppo tematico i corsi per il personale degli SPreSAL che potrà avvalersi, sia nella fase organizzativa e sia in quella di realizzazione, anche di docenti esperti di livello nazionale nel settore della prevenzione del rischio cancerogeno.

Attività 4 - Realizzazione della formazione delle figure aziendali della prevenzione e assistenza alle imprese (da attuarsi a partire dal 2023)

Sulla base di quanto predisposto dai GdL nell'attività 1, il personale di ciascuno SPreSAL, formato nella precedente Attività 3, attuerà almeno 1 intervento di formazione all'anno (iniziative/incontri/seminari/convegni) per le imprese oggetto del PMP del proprio territorio sulle buone pratiche da adottare per la prevenzione del patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico.

Gli interventi di formazione verteranno sui contenuti del Documento di Buone Prassi riportati nei punti precedenti e saranno rivolti alle seguenti figure: RLS, RLST, RSPP ASPP, Datori di lavoro, Medici Competenti, Associazioni di categoria, Organismi paritetici, Enti Bilaterali.

Gli SPreSAL inoltre - nei termini previsti dall'articolo 10 del DLgs 81/08 - offriranno assistenza alle aziende per l'applicazione delle buone pratiche e anche supporto nella compilazione della scheda di autovalutazione.

Fase 2 - VIGILANZA

Per l'attuazione della fase 2 saranno realizzate le seguenti attività:

Attività 5 - Esame delle schede di autovalutazione(da attuarsi dal 2023 al 2024)

La scheda di autovalutazione aziendale predisposta nel corso dell'Attività 1, condivisa e consegnata nel corso del seminario di avvio alle imprese partecipanti al presente PMP, sarà compilata da parte di ogni impresa coinvolta nel PMP e riconsegnata allo SPreSAL competente per territorio entro i termini stabiliti. Tali schede saranno oggetto di controllo da parte dello SPreSAL territorialmente competente che, anche sulla base di quanto contenuto nelle suddette schede, individuerà le imprese su cui effettuare l'attività di ispezione.

Attività 6 – Ispezioni (da attuarsi tra il 2024 e il 2025)

Gli SPreSAL effettueranno le attività di ispezione in un campione di imprese tra quelle coinvolte nel PMP ricadenti nel territorio di propria competenza, partendo da quelle che non hanno partecipato alle iniziative previste dal PMP pur essendo state invitate, da quelle che non hanno restituito la scheda di autovalutazione e da quelle per le quali sono state rilevate situazioni a rischio dall'esame della scheda di autovalutazione.

Fase 3 - VALUTAZIONE EFFICACIA

Per l'attuazione della fase 3 sarà realizzata la seguente attività:

Attività 7 – Valutazione di efficacia (da attuarsi nel 2025). Durante l'ultimo anno, sulla base degli indicatori per la valutazione dell'efficacia individuati dal GdL nel corso dell'Attività 1, verrà effettuata inizialmente da parte dei singoli SPreSAL, nei propri territori di competenza, la valutazione dell'efficacia dell'intervento di prevenzione attuato attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle risultanze delle attività della Fase 2 Vigilanza (Esame delle schede di autovalutazione e Ispezioni), con riferimento all'applicazione delle buone pratiche, relative al PMP attuato, per la riduzione del rischio oggetto dei PMP e per l'efficace sorveglianza sanitaria.

I rappresentanti degli SPreSAL condivideranno le risultanze di tale verifica con il GdL per pervenire a una valutazione complessiva di efficacia a livello regionale.

A conclusione del PMP, i risultati verranno pubblicati nei portali istituzionali delle ASL e della Regione e in quelli degli stakeholder.

Azione “SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE”

Al fine di promuovere la qualità, l’appropriatezza e l’efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 DLgs 81/08) relativa alla prevenzione delle patologie professionali dell’apparato muscolo-scheletrico, saranno attuate le seguenti attività:

- annualmente sarà realizzato un Report di monitoraggio che conterrà l’analisi dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, trasmessi per via telematica dai medici competenti entro il primo trimestre dell’anno successivo a quello di riferimento, ai sensi dell’art. 40 del DLgs n. 81/2008 e s.m.i., mediante l’apposita piattaforma informatica web predisposta dall’INAIL (divenuta operativa dal 1° giugno 2013) e resi disponibili in forma aggregata anche agli SPreSAL. Tale Report sarà pubblicato nel portale web istituzionali della Regione;
- nel 2022 i Gruppi di Lavoro dei PMP prevenzione del rischio di patologie professionali dell’apparato muscolo-scheletrico predisporranno i Documenti di buone prassi/buone pratiche comprendenti anche le buone pratiche condivise inerenti alla sorveglianza sanitaria per i rischi oggetto del PMP;
- nel 2023 sarà attuata l’attività di formazione dei medici competenti e degli operatori dei Servizi di prevenzione e protezione delle aziende, nell’ambito dell’attività Trasversale “Formazione” nella quale è prevista anche l’attività di formazione sulla qualità, appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria periodica nei comparti/rischi oggetto del PMP prevenzione delle patologie professionali dell’apparato muscolo-scheletrico;
- negli anni 2024 e 2025 l’attività di verifica dell’applicazione delle buone pratiche inerenti alla sorveglianza sanitaria sarà attuata nell’ambito della Fase 3 “Valutazione di efficacia” del PMP relativo alla prevenzione delle patologie professionali dell’apparato muscolo-scheletrico.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell’ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

TITOLO AZIONE	8.5 PMP rischio stress correlato al lavoro
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
INDICATORE OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVO OS02 Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	
INDICATORE OS02IS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La Regione Piemonte ha deciso di attuare un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) per la prevenzione del rischio stress correlato al lavoro in almeno una ASL capofila e nelle ASL che lo sceglieranno come rischio prioritario del loro territorio.

Di seguito le fasi che seguirà l'ASL per lo sviluppo delle attività.

Fase 1 - ASSISTENZA

Per l'attuazione della Fase 1 saranno realizzate le seguenti attività:

Attività 1 – Progettazione (da attuarsi tra settembre 2021 e marzo 2022)

- a) L'attività di Progettazione sarà svolta da uno specifico gruppo di lavoro regionale, coordinato dall'ASL capofila, che condividerà il PMP con le parti sociali nell'ambito del CRC. La progettazione sarà attuata nel rispetto delle seguenti fasi:
- b) organizzazione della formazione del gruppo di lavoro regionale dedicato allo sviluppo del PMP: i partecipanti al gruppo di lavoro per la redazione dei PMP saranno oggetto di una formazione a livello regionale dedicata all'applicazione della metodologia del PMP;
- c) definizione dei criteri di ricerca/selezione e delle modalità di coinvolgimento delle imprese: saranno definiti i criteri di selezione delle imprese da coinvolgere nell'ambito del PMP da parte di ciascuno SPreSAL, nel territorio di propria competenza. Verranno utilizzate le informazioni presenti negli archivi degli SPreSAL e di quelle presenti nei Flussi Informativi INAIL-Regioni al cui accesso ogni SPreSAL è abilitato per il territorio di propria competenza. Saranno definite, inoltre, dal GdL le modalità da adottare da parte di ciascuno SPreSAL per il coinvolgimento delle imprese del proprio territorio, avvalendosi di organismi paritetici, enti bilaterali, associazioni di categoria, OOSS;
- d) esame di buone prassi/buone pratiche e redazione del relativo documento: sarà effettuato l'esame di buone prassi/buone pratiche e soluzioni organizzative efficaci per ridurre il rischio oggetto del PMP, di materiale documentale/informativo relativo all'approccio "sistemico" del rischio, alla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41, 42 DLgs 81/08). Tale materiale sarà raccolto in un Documento di buone prassi/buone pratiche che sarà presentato e condiviso nei seminari di avvio e reso fruibile anche con la pubblicazione nei siti web istituzionali della Regione, delle ASL e degli stakeholder;
- e) predisposizione della scheda di autovalutazione: sarà predisposta la scheda di autovalutazione aziendale da somministrare alle imprese, anche adattando alla realtà locale eventuali schede già disponibili e, comunque, tenendo in considerazione i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche. Saranno stabiliti anche i tempi di riconsegna allo SPreSAL territorialmente competente, da parte delle imprese, delle schede di autovalutazione debitamente compilate. La scheda di autovalutazione dovrà contenere anche specifiche sezioni che consentano di rilevare l'applicazione delle Buone Prassi relative alla Sorveglianza Sanitaria;
- f) predisposizione del materiale per i seminari di avvio e modalità di organizzazione: il GdL progetterà l'attuazione dei seminari di avvio, predisponendo anche le presentazioni dei relatori, la lettera di invito per le imprese e le modalità di registrazione ai seminari e di verifica della presenza o meno delle imprese invitate;
- g) organizzazione della formazione degli operatori SPRESAL: il GdL definirà il programma per la formazione del personale degli SPreSAL piemontesi che attueranno il PMP. La formazione verterà sulle modalità di predisposizione di un PMP sullo stress correlato al lavoro quali per es. i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche, sulla scheda di autovalutazione, sulle strategie di intervento mirate al contrasto del rischio da esposizione oggetto del PMP, sull'approccio "sistemico" del rischio, sulla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti. Sarà a cura del Gruppo di Lavoro "stress correlato al lavoro" l'organizzazione e l'attuazione dei corsi, nel 2022, come meglio descritto nell'Attività 3;

- h) modalità organizzative delle attività di formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese: il GdL progetterà le iniziative di formazione per le imprese, che saranno organizzate ed attuate nei territori di competenza da parte di ogni singolo SpreSAL che attiverà lo specifico PMP. Le attività di docenza saranno effettuate dal personale SPreSAL formato nell'Attività 3. La formazione in parola non sostituisce in alcun modo la formazione obbligatoria prevista per legge, ma è funzionale ai contenuti e agli obiettivi del PMP. La progettazione terrà conto anche degli obiettivi e dei relativi indicatori dell'azione trasversale "Formazione" del PP6 e verrà prevista almeno una iniziativa annuale in ciascuno SpreSAL che ha attivato il PMP, a partire dal 2023 (poiché nel 2022 le iniziative di formazione saranno dedicate al personale degli SPreSAL di cui al punto a). La formazione verterà sui contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche di cui al punto b). I GdL potranno affinare la progettazione della formazione nei successivi anni, anche sulla base dei dati a disposizione nel 2022 (fra cui il numero di imprese coinvolte nel PMP e, tra queste, quelle che hanno partecipato ai seminari di avvio) e per i successivi anni anche sulle informazioni contenute nelle schede di autovalutazione compilate dalle suddette imprese, al fine di tarare meglio gli interventi di formazione alle reali esigenze;
- i) individuazione degli indicatori per la valutazione dell'efficacia: il GdL individuerà gli indicatori per la valutazione dell'efficacia riguardo all'applicazione delle buone prassi/buone pratiche per la riduzione del rischio oggetto del PMP e delle buone pratiche per l'efficacia della sorveglianza sanitaria.

Attività 2 - Realizzazione dei seminari di avvio (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto progettato dal GdL nell'Attività 1, fra cui il criterio di selezione delle imprese adottato in fase di progettazione, ciascuno SpreSAL che attiverà il PMP sul rischio stress correlato al lavoro selezionerà, anche mediante le informazioni presenti nei propri archivi, le imprese da coinvolgere nel PMP avvalendosi anche della collaborazione di associazioni di categoria, rappresentanze dei lavoratori, organismi paritetici, enti bilaterali, ecc. per assicurare la massima partecipazione.

Nei seminari di avvio rivolti alle imprese selezionate, da realizzare da parte di ciascuno SPreSAL nel territorio di propria competenza, si provvederà in particolare a presentare i PMP, le relative finalità e condividere gli obiettivi, a presentare e condividere i Documenti di buone prassi/buone pratiche e le schede di autovalutazione aziendale da restituire successivamente, debitamente compilate, allo SPreSAL territorialmente competente.

Attività 3 - Realizzazione della formazione del personale SPreSAL (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto predisposto dai GdL nell'attività 1, saranno organizzati e attuati dallo SPreSAL della ASL Capofila/gruppo tematico i corsi per il personale degli SPreSAL che potrà avvalersi, sia nella fase organizzativa e sia in quella di realizzazione, anche di docenti esperti di livello nazionale nel settore della prevenzione del rischio cancerogeno.

Attività 4 - Realizzazione della formazione delle figure aziendali della prevenzione e assistenza alle imprese (da attuarsi a partire dal 2023)

Sulla base di quanto predisposto dai GdL nell'attività 1, il personale di ciascuno SPreSAL, formato nella precedente Attività 3, attuerà almeno 1 intervento di formazione all'anno (iniziative/incontri/seminari/convegni) per le imprese oggetto del PMP del proprio territorio sulle buone pratiche da adottare per contrastare il rischio stress lavoro-correlato.

Gli interventi di formazione verteranno sui contenuti del Documento di Buone Prassi riportati nei punti precedenti e saranno rivolti alle seguenti figure: RLS, RLST, RSPP ASPP, Datori di lavoro, Medici Competenti, Associazioni di categoria, Organismi paritetici, Enti Bilaterali.

Gli SPreSAL inoltre - nei termini previsti dall'articolo 10 del DLgs 81/08 - offriranno assistenza alle aziende per l'applicazione delle buone pratiche e anche supporto nella compilazione della scheda di autovalutazione.

Fase 2 - VIGILANZA

Per l'attuazione della fase 2 saranno realizzate le seguenti attività:

Attività 5 - Esame delle schede di autovalutazione(da attuarsi dal 2023 al 2024)

La scheda di autovalutazione aziendale predisposta nel corso dell'Attività 1, condivisa e consegnata nel corso del seminario di avvio alle imprese partecipanti al presente PMP, sarà compilata da parte di ogni impresa coinvolta nel PMP e riconsegnata allo SPreSAL competente per territorio entro i termini stabiliti. Tali schede saranno oggetto di controllo da parte dello SPreSAL territorialmente competente che, anche sulla base di quanto contenuto nelle suddette schede, individuerà le imprese su cui effettuare l'attività di ispezione.

Attività 6 – Ispezioni (da attuarsi tra il 2024 e il 2025)

Gli SPreSAL effettueranno le attività di ispezione in un campione di imprese tra quelle coinvolte nel PMP ricadenti nel territorio di propria competenza, partendo da quelle che non hanno partecipato alle iniziative previste dal PMP pur essendo state invitate, da quelle che non hanno restituito la scheda di autovalutazione e da quelle per le quali sono state rilevate situazioni a rischio dall'esame della scheda di autovalutazione.

Fase 3 - VALUTAZIONE EFFICACIA

Per l'attuazione della fase 3 sarà realizzata la seguente attività:

Attività 7 – Valutazione di efficacia(da attuarsi nel 2025). Durante l'ultimo anno, sulla base degli indicatori per la valutazione dell'efficacia individuati dal GdL nel corso dell'Attività 1, verrà effettuata inizialmente da parte dei singoli SPreSAL, nei propri territori di competenza, la valutazione dell'efficacia dell'intervento di prevenzione attuato attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle risultanze delle attività della Fase 2 Vigilanza (Esame delle schede di autovalutazione e Ispezioni), con riferimento all'applicazione delle buone pratiche, relative al PMP attuato, per la riduzione del rischio oggetto dei PMP e per l'efficace sorveglianza sanitaria.

I rappresentanti degli SPreSAL condivideranno le risultanze di tale verifica con il GdL per pervenire a una valutazione complessiva di efficacia a livello regionale.

A conclusione del PMP, i risultati verranno pubblicati nei portali istituzionali delle ASL e della Regione e in quelli degli stakeholder.

Azione "SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE"

Al fine di promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08) relativa alla prevenzione del rischio, saranno individuate buone prassi da attuarsi nell'ambito della sorveglianza sanitaria che permettano di monitorare le situazioni di disagio lavorativo correlato ai rischi psicosociali.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	8.6 PMP azione equity-oriented
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT06 Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT06IT04	Lenti di equità
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Tutte le ASL, oltre all'attuazione dei PMP in edilizia ed agricoltura, sceglieranno fra i 3 rischi legati al PP8 il rischio prioritario per la propria realtà territoriale nel quale sperimentare il PMP, da attuare nel proprio territorio sulla base della specificità locali, delle collaborazioni in essere con i vari stakeholder tenendo conto dei principali fattori di disuguaglianza emersi dal proprio profilo di salute ed equita.

Nell'attività di comunicazione prevista saranno anche veicolate le iniziative locali di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Formazione operatori SPreSAL			
DESCRIZIONE: verrà attuata la formazione prevista dal PP6, che includerà principi HEA, per selezione imprese del comparto individuato, sulla base delle caratteristiche locali				
INDICATORE	Formazione operatori SPRESAL			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: N. operatori SPreSAL formati / N. totale operatori destinatari della formazione • Standard: 10% • Fonte: regione 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	formazione di almeno il 10% degli operatori SPRESAL	--	--	--
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	aumentare il livello di sicurezza e tutela della salute nelle microimprese			
DESCRIZIONE: Raggiungere in particolare i lavoratori socialmente più svantaggiati, in genere occupati in microimprese e in mansioni che comportano maggiore esposizione a rischi per la salute e sicurezza				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Definizione del campione di aziende oggetto del PMP sulla base della dimensione aziendale e coinvolgimento degli stakeholder per l'attuazione del PMP				
ATTORI COINVOLTI	Gruppi di lavoro regionali; SPreSAL delle ASL; stakeholders es. INAIL, altri settori Regionali, rappresentanti delle società scientifiche dei medici competenti, enti e associazioni di categoria che operano nel mondo del lavoro, datori di lavoro, figure della prevenzione aziendale e lavoratori di aziende pubbliche e private			
INDICATORE	% Microimprese all'interno del campione selezionato			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: N. microimprese oggetto del PMP / N. totale imprese oggetto del PMP • Standard: 20% • Fonte: regione 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	N. microimprese oggetto del PMP sul totale delle imprese oggetto del PMP: 20%

3.9 PP09 Ambiente, clima e salute

3.9.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP09
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Raffaella Pastore - Morena Stroschia
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO5 Ambiente, Clima e Salute
MACRO OBIETTIVI TRASVERSALI DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane</p> <p>MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori MO4-10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti MO4-12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso MO4-13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti</p> <p>MO5-01 Implementare il modello della “Salute in tutte le politiche” secondo gli obiettivi integrati dell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l’applicazione di un approccio One Health per garantire l’attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute MO5-02 Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l’integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) MO5-04 Rafforzare, nell’ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico MO5-05 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell’eliminazione MO5-06 Contribuire alla conoscenza dell’impatto della problematica amianto sulla popolazione MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,</p>

	<p>MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor</p> <p>MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche</p> <p>MO5-11 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA)</p> <p>MO5-12 Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze</p> <p>MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti</p> <p>MO5-14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute</p> <p>MO5-15 Promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria</p> <p>MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive</p> <p>MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti</p> <p>MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano</p> <p>MO6-25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health)</p>
<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<p>MO1LSI Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica</p> <p>MO4LSc Sviluppare l'interoperabilità dei sistemi informativi esistenti a favore dello scambio trans-istituzionale di informazioni a livello nazionale e territoriale e finalizzate al dialogo tra le varie banche dati</p> <p>MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health</p> <p>MO5LSb b. Sviluppo e integrazione di conoscenze e competenze, tra gli operatori della salute e dell'ambiente, sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto sanitario da esposizione a fattori ambientali antropici e naturali, la comunicazione e la gestione sistematica, integrata e strutturata dei rischi, attraverso: identificazione a livello regionale di criteri per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali, realizzazione di una rete integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA, interventi di formazione sui temi ambiente e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, ecc., per operatori interni ed esterni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori di SNPA, anche attraverso modalità innovative via web (FAD), adozione delle Linee di indirizzo sulla comunicazione del rischio prodotte dal Ministero della Salute</p> <p>MO5LSc Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato</p> <p>MO5LSd Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari trasversalmente nei diversi servizi sui temi della valutazione e gestione del rischio chimico</p> <p>MO5LSg Mappare l'attuale presenza di amianto anche avvalendosi delle informazioni di cui all'art. 9 della L 257/1992</p> <p>MO5LSH Elaborazione di Piani Regionali per l'amianto</p> <p>MO5LSj Adozione di buone pratiche ed obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici</p> <p>MO5LSk Interventi di formazione specifica sull'applicazione di buone pratiche in edilizia indirizzate agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione ed ai diversi portatori di interesse</p>

	<p>MO5LSI Partecipazione a Tavoli tecnici inter istituzionali sulle tematiche dell’Urban health e promozione delle Urban health Strategies</p> <p>MO5LSm Interventi di formazione sull’adozione di strategie e interventi per sviluppare la salute costruendo ambienti favorevoli, indirizzati ai Dipartimenti di prevenzione e agli Ordini professionali coinvolti</p> <p>MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell’ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro</p> <p>MO5LSq Definizione/adozione di buone pratiche sanitarie e ambientali integrate per una corretta progettazione, gestione e manutenzione del verde e blu urbani e periurbani</p> <p>MO5LSt Iniziative strutturate informative/educative rivolte alla popolazione su: Inquinamento dell’aria indoor, e dell’aria outdoor, con particolare riferimento ai rischi per la salute e alle misure di prevenzione</p> <p>MO5LSv Definizione di indirizzi regionali per la valutazione sanitaria e l’emissione del relativo parere nell’ambito dei procedimenti inerenti alle autorizzazioni per le nuove attività produttive</p> <p>MO5LSw Interventi informativi rivolti alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all’eccessiva esposizione alla radiazione UV solare e da fonti artificiali (es. lampade e lettini solari)</p> <p>MO5LSz Adozione di interventi di sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano</p> <p>MO5LSbb Accordi inter-istituzionali per interventi di valutazione dello stato salute della popolazione residente nelle aree interessate da elevate pressioni ambientali</p> <p>MO5LSdd Rafforzare i processi di comunicazione e partecipazione attraverso iniziative di promozione della salute e di sensibilizzazione sulla corretta gestione dei rifiuti e sull’impatto sanitario dei diversi impianti di trattamento, nell’ottica dell’economia circolare, della sostenibilità ambientale</p> <p>MO5LShh Interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volti a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute</p> <p>MO5LSx Campagne di comunicazione sul corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica, anche nell’ambito di attività di contrasto alla dipendenza da internet e dal cyberbullismo ecc.</p> <p>MO5LSll Rafforzamento delle attività di sorveglianza sanitaria tramite l’approccio “One Health” valorizzando il ruolo dei servizi veterinari</p>
<p>LEA</p>	<p>B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica</p> <p>B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato</p> <p>B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni</p> <p>B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo</p> <p>B08 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria</p> <p>B10 Tutela della popolazione dal rischio “amianto”</p> <p>B11 Prevenzione e sicurezza nell’utilizzo dei gas tossici</p> <p>B12 Prevenzione e sicurezza nell’uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti</p> <p>B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall’utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)</p> <p>B14 Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici)</p> <p>B15 Tutela della collettività dal rischio radon</p> <p>C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro</p> <p>C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro</p> <p>C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani</p> <p>D01 Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali</p> <p>D03 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Geo-referenziazione delle aziende</p> <p>D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali</p> <p>D07 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali</p> <p>D12 Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell’equilibrio fra uomo, animale e ambiente</p> <p>E03 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti</p>

<p>riconosciuti</p> <p>E13 Sorveglianza acque potabili</p> <p>F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)</p> <p>F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione</p> <p>F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale</p> <p>F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica</p>

3.9.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Tra i fattori di rischio individuati come prioritari nella nostra Regione, la sedentarietà è solo parzialmente attribuibile a determinanti ambientali, ponendo degli interrogativi sulla scarsa salutogenicità dei contesti di vita.

Per la costruzione del profilo di salute e di equità legato alle esposizioni ambientali, non disponendo di strumenti analoghi a CoMoDi e CoEsDi che permettano di ricavare una stima di impatto delle esposizioni a fattori non comportamentali, si è fatto ricorso a dati pubblicati in letteratura, che documentano il carico di malattia legato ai fattori di rischio ambientali e alla loro diversa distribuzione socioeconomica. L'OMS stima che il 22,7% delle morti (12,6 milioni di morti/anno) e il 21,7% dei DALYs (596 milioni di DALYs) siano attribuibili all'ambiente. Questa stima tiene conto delle esposizioni ai fattori di rischio ambientali più tradizionali (inquinamento atmosferico, rumore, radiazioni ionizzanti e UV, rischi occupazionali) ma anche dei determinanti di contesto (ambiente costruito, infrastrutture, trasporti, abitazioni, strade, consumo di suolo, conformazione urbanistica, metodi di coltivazione), fattori favorevoli le malattie trasmesse da vettori. Il maggiore carico di malattia legato ai determinanti ambientali è attribuibile agli incidenti stradali e domestici (per il 39-50% attribuibile a fattori ambientali), ma anche le malattie croniche riconoscono una quota di rischio attribuibile ai determinanti ambientali, variabile tra l'11% della depressione e il 44% dell'asma, mentre tra le malattie neonatali e infettive-parassitarie la frazione attribuibile a fattori ambientali è intorno all'11% nel caso delle condizioni neonatali fino al 57% nel caso delle condizioni diarroiche. Si osservano importanti variazioni geografiche nel contributo al burden of disease fornito da incidenti, malattie croniche e neonatali-infettive-parassitarie tra Paesi ad alto e basso reddito, ma anche nell'ambito dei Paesi industrializzati, in particolare a livello europeo e italiano, è possibile osservare disuguaglianze nella distribuzione dei fattori di rischio ambientali.

Un recente rapporto di OMS-Europa passa in rassegna le disuguaglianze nella distribuzione di alcuni fattori di rischio ambientali, mostrando una notevole sperequazione nella distribuzione della maggior parte di essi (ad eccezione del rumore). In Italia, le condizioni ambientali per le quali si osservano disuguaglianze di distribuzione rilevanti sono:

CONDIZIONI ABITATIVE

- Sovraffollamento (condizione in cui vive il 40% delle classi socioeconomiche più deprivate vs 15% delle classi più avvantaggiate);
- Umidità (riscontrabile nel 28% delle abitazioni di persone povere vs 17% nelle case delle persone più agiate);
- Difficoltà di riscaldamento invernale (32% tra i più poveri vs 5% tra i più ricchi);
- Difficoltà di raffrescamento estivo (38% tra i più poveri vs 18% tra i più ricchi);

ACCESSO AI SERVIZI BASE

- Difficoltà di approvvigionamento energetico (8% tra i più poveri vs 3% tra i più ricchi)

AMBIENTE URBANO E TRASPORTI

- Inquinamento atmosferico (esposizione a PM2.5 mediamente più alta di 5 µg /m³ tra i più poveri e i più ricchi, anche nell'ambito della stessa provincia di residenza);
- Incidenti stradali (che risente di una diversa distribuzione geografica e per età: i tassi di mortalità per incidenti sono circa doppi tra i 15-24enni e gli over65 rispetto alla fascia di età 25-64 anni);

- Difficoltà di accesso alle aree verdi (lamentata da circa il 30% delle classi più povere vs 10% di chi ha un reddito elevato);
- Esposizione ad agenti chimici (mediamente più alta per alcune sostanze specifiche come cadmio o cotinina nei più poveri rispetto ai più ricchi);
- Residenza in aree contaminate (circa 3 volte maggiore per comuni con basso reddito rispetto ai comuni più ricchi).

Analisi di contesto

Il cambiamento climatico e il riscaldamento globale trovano conferma anche in Piemonte, area che, come l'intero bacino mediterraneo, risulta particolarmente vulnerabile agli effetti dei cambiamenti climatici, con un tendenziale aumento di durata dei periodi di siccità, anche in quota, e degli eventi estremi (alluvioni, trombe d'aria e ogni altro fenomeno meteorologico che determina impatti rilevanti sul territorio, sull'ambiente o sulla salute).

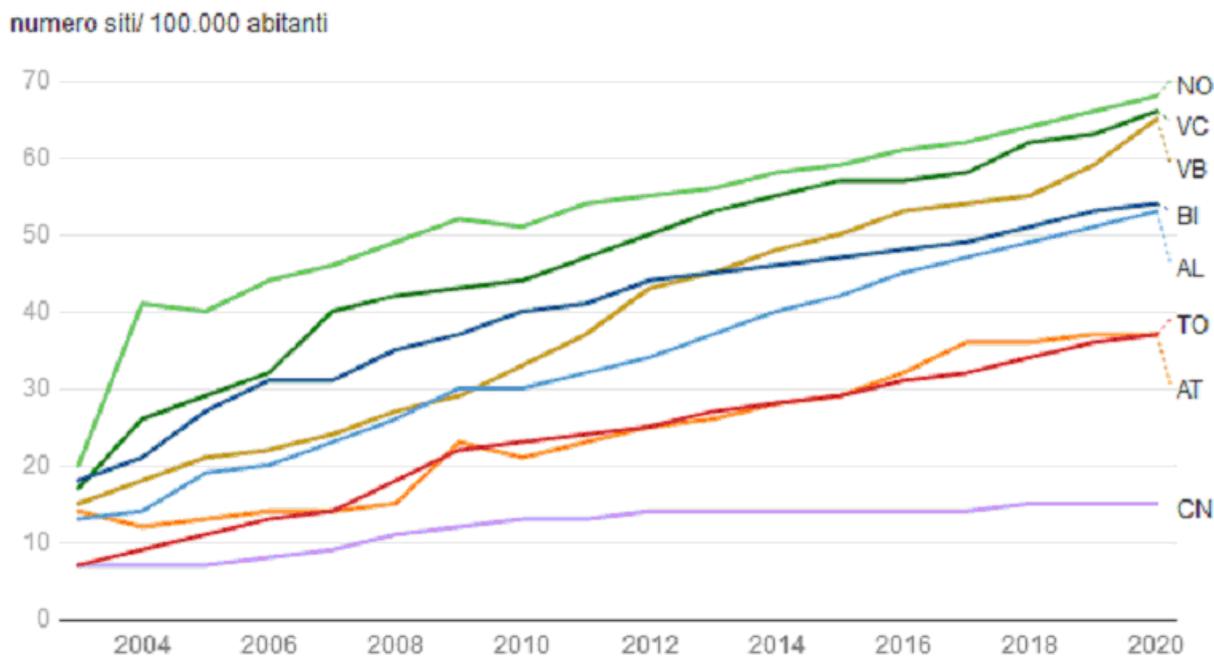
Il 2020 è stato, in Piemonte, il quinto anno più caldo degli ultimi 62, con una temperatura media di circa 10,6°C e un'anomalia termica media attorno a +1,5°C rispetto alla climatologia del periodo 1971-2000¹, a conferma del trend in aumento delle temperature osservate negli ultimi decenni (cfr. Fig. 1). Gli effetti del caldo sulla salute sono stati particolarmente evidenti nel corso di ondate di calore eccezionali, quali quella del 2003, con un eccesso di 20000 morti in Italia. Per avere una stima dell'impatto del caldo sulla salute in condizioni "ordinarie" si pensi che l'eccesso di mortalità, più accentuato nelle persone anziane, è stato del 13% tra il 2015 e l'anno precedente per il solo effetto delle ondate di calore².

Le malattie da importazione trasmesse da zanzare sono infezioni emergenti, testimonianza di un intreccio tra globalizzazione e cambiamenti climatici. I cambiamenti climatici favoriscono lo sviluppo e la proliferazione di parassiti e insetti, che possono essere vettori di malattie, anche in regioni diverse da quelle di tradizionale diffusione e che, fino a qualche tempo fa, vista la scarsa probabilità di un contagio interumano, si ritenevano poco pericolose. L'interesse è focalizzato principalmente su Chikungunya, Dengue, Zika e malattia West Nile (WNV). Durante il 2018 sono stati segnalati: 9 casi di Dengue, nessun caso di Zika e di Chikungunya in persone residenti o domiciate in Piemonte. La regione Piemonte, già da alcuni anni, è, invece, definita area geografica ad alto rischio di trasmissione di WNV.

In Piemonte alla produzione di gas serra - in termini di CO₂ equivalente - contribuiscono in misura predominante quattro fonti principali: l'industria (48%), il trasporto su strada (22%) il riscaldamento (19%) e l'agricoltura (9%). Il comparto agricolo, in particolare, contribuisce al 74% delle emissioni di metano (in particolare la zootecnia) e al 78% delle emissioni di protossido di azoto per l'utilizzo di fertilizzanti³.

Sebbene negli ultimi decenni le emissioni di molti inquinanti atmosferici siano diminuite in modo sostanziale, i livelli di alcuni di essi risultano ancora troppo elevati e i problemi legati alla qualità dell'aria persistono, soprattutto nel superamento del valore limite giornaliero di particolato (Fig. 2) . L'ozono, inquinante prevalentemente estivo, ha evidenziato un peggioramento dei dati e il valore obiettivo a lungo termine sulle 8 ore risulta superato nell'83% delle stazioni della rete nel 2019 e nel 72% delle stazioni nel 2020⁴.

Il particolato fine è responsabile di una quota di mortalità regionale per le cause naturali stimata tra il 7% e il 9%, con una stima media dell'8% (cioè di circa 2800 decessi annui), senza trascurare gli effetti a breve termine e l'impatto sulle fasce di popolazione più fragili, in particolare soggetti con malattie croniche, quali il diabete, la cui prevalenza è maggiore in aree urbane⁵. Nonostante il trend in miglioramento osservato negli ultimi decenni nei livelli di particolato atmosferico, si tratta ancora del fattore di rischio ambientale con il maggiore impatto sulla salute della nostra regione⁶, anche in considerazione dell'assenza di una vera "soglia" di sicurezza e dell'ampiezza della platea esposta².



Fonte: Anagrafe regionale dei siti contaminati • Scaricare i dati • Creato con Datawrapper

Figura 3. Siti contaminati in rapporto alla popolazione. Serie storica. Fonte: Arpa Piemonte⁹

I siti contaminati censiti sull'intero territorio regionale sono 1.875, di cui 831 con procedimento attivo e 1044 conclusi (dato aggiornato al 1° marzo 2021). I procedimenti conclusi risultano più numerosi dei procedimenti attivi, consolidando un andamento positivo registrato negli ultimi anni⁷.

La preoccupazione e il disagio percepito dalla popolazione residente nei pressi di siti contaminati ha a che fare innanzitutto con un problema di disuguaglianze, dal momento che le comunità che abitano in prossimità di questi siti sono prevalentemente deprivate, al netto delle differenze tra province nel rapporto tra numero di siti contaminati e abitanti⁸.

In tema di rifiuti urbani è possibile osservare che in Piemonte, nel 2019, la produzione totale ha superato i 2 milioni di tonnellate. La raccolta differenziata si è attestata al 63,4% del totale; in miglioramento rispetto ai dati del 2018: +2,5%. Nel 2018 i quantitativi totali di rifiuti speciali (esclusi i rifiuti da costruzione e demolizione) prodotti sul territorio piemontese ammontavano a poco meno di 5,6 milioni di tonnellate, con una produzione in discesa di quasi il 6% rispetto all'anno precedente¹⁰.

Un indicatore di impatto dell'inquinamento acustico sulla popolazione sono le segnalazioni per disturbo da rumore. Il numero complessivo di esposti pervenuti ad Arpa nel 2020, pari a 313, rientra nella media degli ultimi anni, confermando una sensibilità sostanzialmente immutata da parte della popolazione. Le attività commerciali e le attività produttive, nell'ordine, rappresentano le cause che generano i numeri maggiori di esposti¹¹. Anche nel caso del rumore, come per l'inquinamento atmosferico, si è riscontrato, nel corso degli ultimi decenni, una riduzione apprezzabile dell'esposizione, tuttavia quasi la metà dei residenti in aree urbane è ancora esposto a livelli superiori ai limiti di L_{diurno} di 65 dB e L_{night} di 55 dB indicati dall'OMS come soglia di riferimento per i potenziali rischi sanitari (disagio, disturbi del sonno e cardiocircolatori).

Sul rumore vi sono state esperienze di studio degli effetti in aree urbane ed aeroportuali (progetti europei HYENA e ENNAH, nazionale CCM SERA–Studio sugli Effetti del Rumore Aeroportuale) che hanno permesso di conoscere in dettaglio il livello di rischio per varie categorie di esposizione. Per alcuni effetti documentati (ipertensione, infarto del miocardio, depressione, ansia e disturbi respiratori ad essa

correlati) gli studi disponibili depongono per una correlazione in particolare con l'esposizione a rumore notturno, con ampia plausibilità biologica¹².

Un fattore di rischio ambientale particolarmente importante sul territorio piemontese è l'amianto. La presenza di una grande cava di asbesto a Balangero e dell'industria Eternit a Casale Monferrato, che produceva manufatti contenenti amianto e di altre industrie, che utilizzavano tale minerale, ha da sempre posto al centro dell'attività di prevenzione regionale il problema della tutela della salute dei lavoratori e della popolazione dai rischi derivanti dall'esposizione¹³. Le pregresse esposizioni legate a queste attività pongono il Piemonte tra le regioni d'Italia con i tassi di mortalità per mesotelioma pleurico più elevati¹⁴, imponendo di mantenere alta l'attenzione sulle esposizioni attuali, lavorative e non, legate ai circa ai 50 e 70 milioni di m2 di amianto di origine antropica ancora presenti sul territorio piemontese¹⁵.

Infine, tra i rischi emergenti, si rileva anche in Piemonte un aumento del numero di impianti di telefonia mobile e radio-tv, con un trend in aumento della potenza complessiva installata su tutto il territorio regionale, correlata con l'intensità di campo magnetico irradiata. Il contributo maggiore a questa irradiazione è legato attualmente alle stazioni radiobase per telefonia cellulare, che dal 2011 sono risultate preponderanti rispetto alle antenne per radio e TV, risultando responsabili, a inizio 2021, del 79% del totale della potenza installata¹⁶ (Fig. 4).

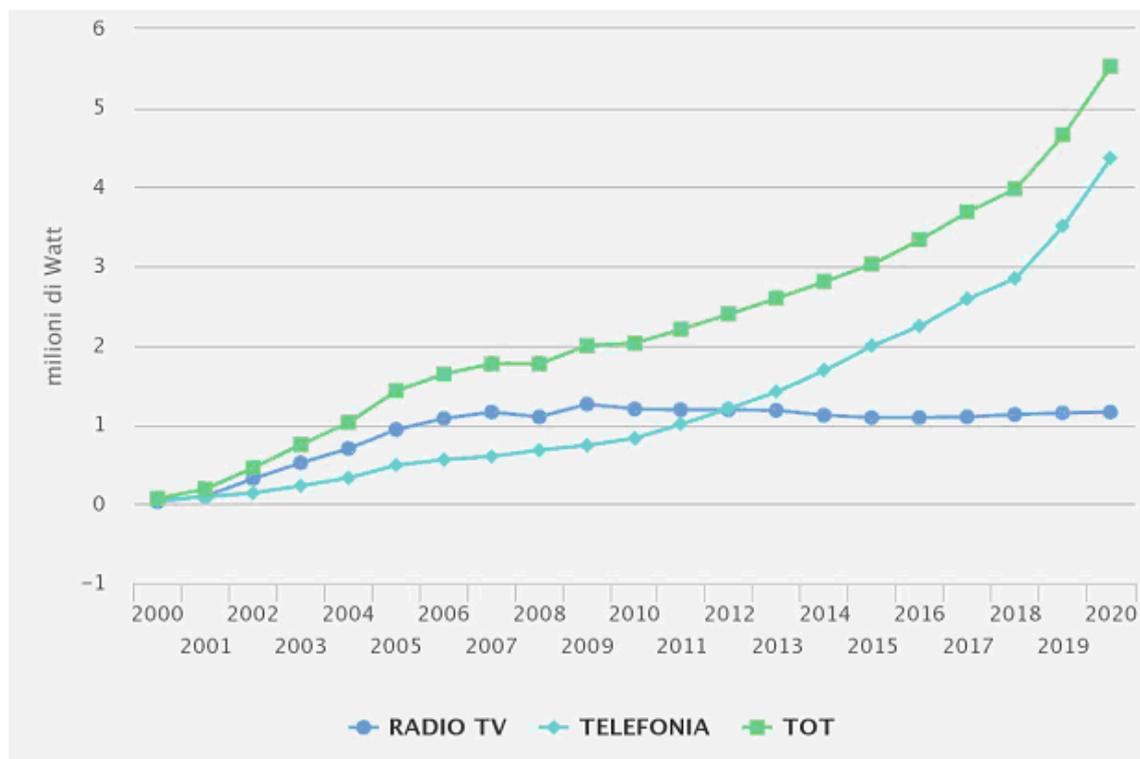


Figura 4. Andamento nel tempo della potenza installata su tutto il territorio regionale - anni 2000-2020. Fonte: Arpa Piemonte – Relazione Stato Ambiente

L'emergenza da Covid-19 sopraggiunta all'inizio del 2020 ha profondamente pregiudicato e influenzato l'operatività dei servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e, in modo particolare, dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), deputati anche alla conduzione di indagini epidemiologiche sulle malattie infettive. I SISP hanno avuto un ruolo prevalente nella gestione delle segnalazioni e delle attività conseguenti e le difficoltà organizzative emerse hanno determinato anche la necessità di implementare la dotazione di personale operante, con figure provenienti da altri servizi del Dipartimento di Prevenzione o Strutture, con personale sanitario e amministrativo temporaneamente distaccato o assunto a tempo determinato.

Anche le strutture di supporto, interessate alle tematiche ambiente e salute, sono state coinvolte nell'emergenza: ARPA e IZS hanno cooperato per il contenimento della diffusione del virus, estendendo temporaneamente il raggio di competenza e supportando il sistema nell'esecuzione di test per la ricerca del virus SARS-CoV-2.

Malgrado il perdurare delle difficoltà legate all'emergenza sanitaria, i Servizi hanno proseguito le attività per la gestione delle tematiche ambientali connesse alla tutela della salute pubblica mantenendo, per quanto possibile, il confronto con il proprio territorio (Comuni, Province, ARPA) e il raccordo con altre Strutture dipartimentali nella valutazione di problematiche comuni (esposti, emergenze, ecc.) per dar seguito alle richieste provenienti dai territori.

Se da un lato, quindi, dall'anno scorso vi è stata una inevitabile concentrazione di risorse nella gestione della pandemia, che nell'immediato ha determinato una riduzione delle attività legate alla tematica salute-ambiente, dall'altro la situazione ha rappresentato un'opportunità di forte integrazione e scambio che sarà rafforzata e orientata sempre di più anche verso soggetti esterni al SSR, anche alla luce dei principi richiamati dal Piano Nazionale della Prevenzione che promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare rischi di salute, certi o potenziali, originati dall'interfaccia tra esseri umani, ambiente, animali e clima.

Con il PRP 2021-2025 si proseguirà, quindi, il percorso sulla tematica ambiente e salute avviato durante il precedente Piano; sarà data continuità, prevedendone un ulteriore perfezionamento, alla rete regionale integrata già esistente (che ha visto il coinvolgimento del tavolo di lavoro regionale "Ambiente e Salute", composto dal Settore regionale, da rappresentanti dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, di ARPA e di IZS, dei referenti di tutte le ASL piemontesi del programma e del gruppo di supporto di esperti biologi del progetto "Ambiente e Salute"). Il tavolo di coordinamento regionale manterrà il ruolo di governo del sistema e di raccordo con il livello territoriale e si farà promotore di nuove cooperazioni anche con i gruppi dedicati ad altri programmi.

¹ Stato dell'ambiente in Piemonte. Relazione 2021. <http://relazione.ambiente.piemonte.it/2021/it/home> u.a. 14/7/2021

² Stroschia M., Berti G., Carnà P., Demaria M., Piccinelli C., Cadum E. Ambiente e salute: aria, clima e rumore. In: Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria N. (a cura di), 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano, 2017. ISBN 978-88-942239-0-3;

³ Inventario Regionale delle Emissioni in Atmosfera anno 2015

⁴ Stato dell'ambiente in Piemonte. Relazione 2021. <http://relazione.ambiente.piemonte.it/2021/it/home> u.a. 14/7/2021

⁵ <https://www.anci.piemonte.it/diabete-torino-aderisce-al-programma-internazionale-cities-changing-diabetes/>

⁶ DGR 25-1513 del 3/6/2015 - Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019

⁷ Stato dell'ambiente in Piemonte. Relazione 2021. <http://relazione.ambiente.piemonte.it/2021/it/home> u.a. 14/7/2021

⁸ Pasetto R., Fabri A. Environmental Justice nei siti industriali contaminati: documentare le disuguaglianze e definire gli interventi. Rapporti ISTISAN 20/21 ISSN 1123-3117, 2020.

⁹ https://www.arpa.piemonte.it/reporting/indicatori-on_line/pressioni-ambientali/siti-contaminati/siti-contaminati_siti-rispetto-alla-popolazione-e-alla-superficie u.a. 15/07/2021.

¹⁰ Stato dell'ambiente in Piemonte. Relazione 2021. <http://relazione.ambiente.piemonte.it/2021/it/home> u.a. 14/7/2021

¹¹ Stato dell'ambiente in Piemonte. Relazione 2020. <http://relazione.ambiente.piemonte.it/2021/it/home> u.a. 14/7/2021

¹² DGR 25-1513 del 3/6/2015 - Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019

¹³ DGR 25-1513 del 3/6/2015 - Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019

¹⁴ Mastrantonio M., Belli S., Binazzi A., Carboni M., Comba P., Fusco P., Grignoli M., Iavarone I., Martuzzi M., Nesti M., Trinca S., Uccelli R. La mortalità per tumore maligno della pleura nei comuni italiani (1988-1997) Rapporti ISTISAN02/12, ISSN 1123-3117, 2002

¹⁵ Regione Piemonte, Piano Regionale di Protezione dell'ambiente, di decontaminazione, di smaltimento e di bonifica ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto 2016-2020.

¹⁶ Stato dell'ambiente in Piemonte. Relazione 2021. <http://relazione.ambiente.piemonte.it/2021/it/home> u.a. 14/7/2021

3.9.3 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il Programma prevede che le Regioni e le Province autonome tengano conto degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, secondo una logica integrata, e adottino l'approccio *One Health* nella programmazione e nelle conseguenti azioni. Ciò consente di comprendere le complesse relazioni tra l'uomo, e gli ecosistemi naturali e artificiali, riconoscere che la salute dell'uomo è legata alla salute degli animali e dell'ambiente per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di tutela e promozione della salute.

A questo scopo si prevede di consolidare, il processo che a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento che mirano allo stesso tempo:

- 1) al rafforzamento degli strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA;
- 2) all'applicazione di strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute correlati a interventi antropici;
- 3) a interventi per il monitoraggio, per l'adattamento e la mitigazione degli effetti dei cambiamenti climatici, di riduzione delle esposizioni ambientali indoor e outdoor e antropiche dannose per la salute, la creazione di contesti urbani favorevoli alla salute attraverso lo sviluppo della mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili; attività di comunicazione per migliorare le conoscenze sui rischi per la salute derivanti dall'esposizione a fattori ambientali antropici e naturali e per orientare i cittadini verso scelte più salutari e ecosostenibili;
- 4) promuovere l'applicazione di pratiche finalizzate al miglioramento della sostenibilità ambientale nelle filiere agro-zootecniche e nella gestione degli animali d'affezione.

Il Programma ha quindi l'obiettivo di rafforzare l'*advocacy* del sistema sanitario nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) per intercettare e coniugare obiettivi di salute pubblica ed obiettivi di tutela ambientale; promuovendo il rafforzamento di competenze e consapevolezza di tutti gli attori della comunità sugli obiettivi di sostenibilità come individuati dall'Agenda 2030.

Il Programma è sostenuto da:

- accordi o programmi di attività intra e inter-istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92;
- accordi inter-istituzionali per il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali;
- tavoli tecnici regionali inter-istituzionali/intersettoriali/interdisciplinari e reti regionali integrate ambiente e salute per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio *One Health*;
- *empowerment* individuale e di comunità;
- formazione e aggiornamento degli Operatori Sanitari e Sociosanitari;
- attività di monitoraggio e *governance*.

Il Programma, in linea con gli obiettivi del PNP, adotta i principi e le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Secondo quanto emerso da numerosi rapporti dell'OMS è necessaria un'azione coraggiosa e tempestiva per prevenire malattie e morti premature causate da inquinamento e contribuire a raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030.

Gli indirizzi della Dichiarazione di Ostrava (2017) in aderenza con gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (2015), con la Decisione XIII/6 della Conferenza delle parti sulla Convenzione per la Biodiversità di Cancun (2016) che riconosce l'interconnessione tra la biodiversità e la salute umana promuovono l'adozione di un approccio One Health e gli obiettivi dell'Accordo di Parigi sui cambiamenti climatici. Di straordinaria ambizione per impostazione e finalità, è la *vision* della *Planetary health*, coniata nel rapporto della *Lancet-Commission* che si riflette negli obiettivi interconnessi di sviluppo sostenibile, strategicamente concepiti in modo olistico e definiti per integrare la salute (SDG 3) con la sostenibilità in chiave economica, sociale e ambientale.

Il Programma si basa su un approccio globale sulla comunità e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione ed *empowerment*. Gli obiettivi riguardano congiuntamente sia l'ambito ambientale che quello della salute. A livello internazionale è ritenuto necessario agire congiuntamente sui seguenti aspetti:

1. *Policy* integrate ambientali e sanitarie;
2. Competenze individuali e professionali;
3. Ambiente fisico e sociale;
4. Servizi socio-sanitari;
5. Vigilanza e controlli

Le evidenze mostrano:

- l'importanza della condivisione delle responsabilità con tutti i livelli di governo, da quello internazionale e nazionale a quelli locali, coinvolgendo i cittadini e i portatori di interesse con azioni estese sul territorio, dentro e fuori i propri confini e proiettate su scale temporali lunghe;
- l'importanza del settore sanitario nel dare un contributo decisivo al miglioramento ambientale se opera in modo sistematico, promuovendo le tecnologie più rispettose dell'ambiente, consumi sostenibili per l'ambiente, la bioedilizia, una gestione dei sistemi sanitari più efficiente dal punto di vista ambientale;
- l'efficacia di azioni basate su molteplici determinanti di salute nell'ottenere risultati di salute ed educativi;
- la necessità di rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e di promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute.

1. *Household Air Pollution Commission, The Lancet Respiratory Medicine, 2014*
2. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks (World Health Organization 2016)*
3. *Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors (World Health Organization 2017)*
4. *Climate change and health country profile: Italy. World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO*
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260380/WHO-FWC-PHE-EPE-15.52-eng.pdf>
5. *WHO Declaration of the 6th Ministerial Conference on Environment and health*
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/341944/OstravaDeclaration_SIGNED.pdf?ua=1
6. *COP24 special report: health and climate change ISBN 978-92-4-151497-2 WHO, 2018*
7. *The Lancet Commission on pollution and health. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, et al. Lancet. 2018 Feb 3;391.*
8. *The 1st global WHO conference on Air Pollution and Health in Geneva WHO 2018*
9. *Non Communicable Diseases and Air Pollution, WHO Regional Office for Europe, WHO 2019*
10. *Global strategy on health, environment and climate change the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments, WHO, 2019)*
11. *WHO Europe (Bonn Office) del 2019 sull'Environmental Justice (verificare e eventualmente completare)*
12. *“Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole di fattori di rischio indoor per allergia e asma (Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010)*

Declinazione a livello regionale del Programma

Il Programma Predefinito 9 è sviluppato in coerenza con gli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile adottando un approccio One Health nella programmazione e nelle conseguenti attività.

Gli obiettivi e le azioni individuati tengono conto, in parte, di quanto si sta realizzando attualmente sul territorio regionale e, in riferimento ad alcuni specifici ambiti di intervento, si pongono in stretta continuità con quanto realizzato con il precedente PRP, in linea con il profilo di salute ed equità.

Per affrontare tematiche nuove, non presenti nelle programmazioni passate, è stato avviato un percorso di confronto con nuovi interlocutori (di altre Direzioni regionali, altre Strutture dipartimentali delle ASL o di ARPA Piemonte) che sarà rafforzato nel corso del periodo di vigenza del Piano.

Il consolidamento e l'implementazione, sia a livello regionale che locale, della rete integrata Ambiente e Salute già avviata nel corso del PRP 2014-2019 rivestirà, infatti, un ruolo importante per rafforzare l'advocacy del sistema sanitario nelle politiche di altri settori e per poter disporre di risorse e competenze, utili al raggiungimento dei diversi obiettivi posti.

Si svilupperanno inoltre collaborazioni con gli altri Programmi del PRP, in particolare con: PP1 "Scuole che promuovono salute", PP2 "Comunità attive", PP3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute", PP5 "Sicurezza ambienti di vita", PP8 "Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro" (con riferimento agli ambiti di intervento sul rischio cancerogeno), PL11 "Primi 1000 giorni", PL12 "Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità" per definire possibili azioni da sviluppare insieme, su ambiti trasversali.

Per promuovere la diffusione di conoscenze e lo sviluppo di competenze in ambito sanitario ed ambientale sarà effettuata una ricognizione dei bisogni formativi espressi dagli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di tematiche legate ad ambiente, clima e salute, al fine di integrare il programma formativo pluriennale, da sviluppare tenendo conto degli argomenti e degli ambiti oggetto delle specifiche azioni, con le ulteriori necessità che emergeranno.

In continuità con il precedente Piano, sarà effettuato un approfondimento del lavoro svolto con l'obiettivo di rendere disponibili agli operatori delle ASL documenti di indirizzo regionali utilizzabili in diversi procedimenti ambientali (AUA, AIA, VIS, VAS) per la valutazione dei principali determinanti di salute secondo criteri standardizzati.

Proseguirà l'elaborazione annuale di Piani di Controllo in materia di sicurezza chimica e l'organizzazione di momenti formativi sul tema della valutazione e gestione del rischio; si coopererà con altre Strutture regionali per l'aggiornamento del Piano Regionale Amianto.

Nel corso del precedente PRP è stato avviato un percorso di collaborazione con vari portatori di interesse per la realizzazione di linee di indirizzo, finalizzate a promuovere il miglioramento della salubrità e sostenibilità nella costruzione e ristrutturazione di edifici. Tale attività proseguirà nei prossimi anni per arricchire il documento con aspetti nuovi, in coerenza con le indicazioni del PNP e per promuoverne la divulgazione sul territorio.

Si svilupperanno iniziative sulla tematica Urban Health finalizzati a facilitare percorsi di coprogettazione alla mobilità sostenibile e a dotare i Servizi delle ASL, deputati all'espressione di pareri nell'ambito di procedimenti di Valutazione Ambientale Strategica, di strumenti di indirizzo volti a uniformare i criteri di valutazione della salutogenicità dell'ambiente urbano.

Saranno sviluppate iniziative di comunicazione finalizzate al miglioramento della qualità dell'aria e campagne di sensibilizzazione sui rischi da radiazioni, sulla corretta gestione dei rifiuti e per la promozione di stili di vita ecosostenibili, volti alla riduzione degli impatti climatici sulla salute.

In tema di acque destinate al consumo umano verrà implementato ed adeguato il sistema informativo regionale già presente e saranno elaborate ulteriori strategie per migliorare la conoscenza dei rischi nella filiera idropotabile.

Saranno condotte iniziative e si attueranno processi intersettoriali tesi a promuovere interventi di valutazione dello stato di salute della popolazione legata ad aree regionali o interregionali, interessate da elevate criticità e pressioni ambientali.

Saranno infine realizzati percorsi condivisi per promuovere la riduzione o il controllo dell'impatto ambientale derivante dalla filiera agricola e zootecnica.

3.9.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PP09_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting			
INDICATORE PP09_OT01_IT01	Attività intersettoriali			
formula	Elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies DLgs 502/92			
Standard	Almeno un programma/accordo entro il 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Almeno un programma/accordo	--	--	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP09_OT01_IT02	Tavoli tecnici intersettoriali			
formula	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all'indicatore 1.			
Standard	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale	--	--
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PP09_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze			
OBIETTIVO PP09_OT03	Favorire l'adozione da parte della Comunità di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze			
INDICATORE PP09_OT02_IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN			
formula	Disponibilità di un programma di interventi di formazione sui temi ambiente, clima e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, temi della valutazione e gestione del rischio chimico, ecc., per operatori interni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori del SNPA, anche attraverso modalità via web (FAD)			
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	realizzazione di almeno un percorso formativo	realizzazione di almeno un percorso formativo	realizzazione di almeno un percorso formativo	realizzazione di almeno un percorso formativo
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PP09_OT04	Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio			
INDICATORE PP09_OT04_IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute			
formula	Disponibilità di almeno un programma di interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volti a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute			
Standard	Realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione per ogni anno, a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione	realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione	realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione	realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PP09_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative			
INDICATORE PP09_OT05_IT05	Lenti di equità			
formula	Adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021			
Fonte	Regione			

3.9.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PP09_OS01	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti			
INDICATORE PP09_OS01_IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali			
formula	Stipula di almeno un Accordo, Attuazione degli Accordi			
Standard	Stipula Accordo entro il 2022, Rispetto tempistiche ed attività previste dagli Accordi			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Stipula Accordo entro il 2022	--	--	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP09_OS01_IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute			
formula	Realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA			
Standard	Formalizzazione della rete entro il 2023			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	Formalizzazione della rete entro il 2023	--	--
Fonte	Regione			
PP09_OS01_IS03	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali			
formula	Formalizzazione di indirizzi e criteri regionali			
Standard	Formalizzazione entro il 2023			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	Formalizzazione	--	--
Fonte	Regione			

OBIETTIVO PP09_OS02	Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute			
INDICATORE PP09_OS02_IS04	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato			
formula	Formalizzazione di un Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica, trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato			
Standard	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PP09_OS03	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori			
INDICATORE PP09_OS03_IS05	Piani Regionali per l'amianto			
formula	Formalizzazione del Piano Regionale Amianto			
Standard	Approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Approvazione del Piano Regionale Amianto
Fonte	Regione			
INDICATORE PP09_OS03_IS06	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica			
formula	Adozione di documento regionale riguardante le buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati - Realizzazione di interventi formativi specifici sulle buone pratiche			
Standard	Adozione del documento regionale entro il 2023 - Realizzazione di almeno un intervento formativo entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	Adozione del documento regionale	--	Realizzazione di almeno un intervento formativo
Fonte	Regione			
INDICATORE PP09_OS03_IS07	Urban health			
formula	Partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogenici"			
Standard	rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionale secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	rappresentanza socio-sanitaria in almeno 1 tavolo tecnico interistituzionale
Fonte	Regione			
INDICATORE PP09_OS03_IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano			
formula	Realizzazione del sistema informativo			
Standard	Realizzazione entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Realizzazione del sistema informativo
Fonte	Regione			

3.9.6 Azioni

TITOLO AZIONE	9.1 Consolidamento della rete regionale integrata Ambiente e Salute ed elaborazione di programmi di attività intersettoriali
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
INDICATORE OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
INDICATORE OT01IT01	Attività intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Le funzioni di governo del programma, a sostegno della Regione Piemonte, sono attribuite al tavolo di coordinamento regionale, già individuato con il precedente Piano Regionale di Prevenzione.

Saranno costruite nuove alleanze e collaborazioni per consolidare e rafforzare la rete “Ambiente e Salute” già avviata, al fine di gettare le basi per programmare e condurre gli interventi individuati.

Saranno coinvolti nel processo rappresentanti delle Direzioni regionali Ambiente, Energia e Territorio, Opere Pubbliche, Difesa del Suolo, Trasporti e Logistica, Coordinamento Politiche e Fondi Europei, Turismo e Sport e i referenti di ARPA Piemonte interessati dalle diverse tematiche da sviluppare sul Piano.

In ottica One Health, proseguirà la collaborazione con l’Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Piemonte Liguria e Valle d’Aosta: ciò consentirà di mettere a sistema i dati analitici relativi alle indagini sui contaminanti riscontrati nelle catene alimentari; inoltre potranno essere avviate attività mirate di biomonitoraggio su animali sentinella o su matrici alimentari utili alla valutazione dell’esposizione o alla verifica di efficacia di misure di mitigazione del rischio.

Il gruppo di biologi individuati dal progetto “Ambiente e Salute”, avviato con DD n. 408 del 21.06.2017, coopererà a livello regionale e supporterà le ASL a livello territoriale per il raggiungimento degli obiettivi centrali e locali, facilitando altresì il raccordo tra i 2 ambiti.

Il tavolo di coordinamento regionale lavorerà per promuovere un confronto con altri gruppi di programma del Piano al fine di individuare possibili azioni da sviluppare insieme, su ambiti trasversali.

Esso garantirà inoltre il raccordo per la programmazione e la cooperazione per il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Strategia Regionale di Sviluppo Sostenibile, coerenti con le tematiche del Programma.

Sarà altresì aggiornata la rete dei referenti locali “Ambiente, Clima e Salute” da individuare nell’ambito di specifici tavoli dipartimentali, che continuerà a mantenere il collegamento con il livello regionale. I referenti locali potranno supportare il tavolo regionale nella nuova programmazione, coopereranno per una verifica di sostenibilità delle iniziative del Piano, per l’individuazione dei bisogni e delle priorità di livello territoriale e per il coordinamento tra ASL.

TITOLO AZIONE	9.2 Programma formativo sulle tematiche ambiente, clima e salute per operatori del SSN in cooperazione con il SNPA
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
INDICATORE OS01IS03	Indirizzi e criteri regionali per l’applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l’adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un “Approccio globale alla salute” di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	
INDICATORE OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Alcune tematiche previste dalla corrente programmazione presuppongono la predisposizione di documenti e strumenti, utili all'operatività e agli interventi di sensibilizzazione attuati dai Servizi. Saranno, pertanto, previsti momenti formativi in collaborazione con ARPA Piemonte sugli argomenti oggetto di specifiche azioni del programma corrente (lo strumento di valutazione delle VAS, la gestione dei rifiuti, le linee di indirizzo sull'edilizia bio sostenibile e l'inquinamento atmosferico, i criteri regionali per l'applicazione della VIS, le ondate di calore, i rischi connessi ad agenti chimici ed a radiazioni, l'impatto ambientale degli insediamenti zootecnici). Nell'attività formativa sarà coinvolto l'IZS per gli aspetti di valutazione dell'esposizione nei casi in cui essa interessi le catene alimentari.

È prevista la collaborazione con il gruppo regionale del programma libero "Primi 1000 giorni" per promuovere azioni di formazione rivolte ai pediatri sui rischi legati ad esposizioni ambientali in età pediatrica (inquinanti persistenti - POPS, interferenti endocrini, UV, campi elettromagnetici, metalli, ecc.).

Sarà inoltre effettuata una ricognizione dei bisogni formativi espressi dagli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di tematiche legate ad ambiente, clima e salute, al fine di integrare il programma formativo pluriennale con le ulteriori necessità che emergeranno.

TITOLO AZIONE	9.3 Predisposizione di documenti di indirizzo regionali per l'applicazione della VIS
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "Pratiche Raccomandate" e/o "Buone Pratiche"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
INDICATORE OS01IS03	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	
INDICATORE OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Nel corso del precedente Piano, è stata effettuata una revisione di letteratura in materia di Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) e prodotta una bozza di documento guida a livello regionale.

Nel corso del quinquennio sarà effettuato un approfondimento del lavoro svolto con l'obiettivo di rendere disponibili agli operatori delle ASL alcuni strumenti utilizzabili in diversi procedimenti ambientali (AUA, AIA, VIS, VAS) per la valutazione dei principali determinanti di salute secondo criteri standardizzati.

In cooperazione con il Nucleo Tecnico (NTR) REACH CLP, dove operano rappresentanti della Direzione Sanità e Welfare, della Direzione Ambiente, delle ASL e di ARPA, si valuterà la fattibilità di predisporre anche indicazioni per meglio identificare i rischi connessi alla gestione degli end of waste.

Tali strumenti di indirizzo potranno essere consultati nella preparazione di pareri o in sede di Conferenza dei Servizi al fine di tutelare, in chiave preventiva, l'interesse della popolazione.

Presupposto per la valutazione di impatto sanitario inoltre è la disponibilità di sistemi informativi che permettano di delineare il profilo di salute ed equità della popolazione interessata dall'opera. A tale proposito si prevede di realizzare una integrazione tra le basi dati relative ai fattori di pressione ambientale (inclusi gli esiti analitici sulle catene alimentari), ai determinati socio-economici e agli esiti di salute.

Allo scopo di favorire il confronto tra Dipartimenti di Prevenzione inoltre si prevede di realizzare un catalogo delle risposte fornite dalle ASL su tematiche ambientali rilevanti.

TITOLO AZIONE	9.4 Programmi di controllo in materia di sicurezza chimica e formazione sul tema della valutazione e gestione del rischio chimico
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS02 Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute	
INDICATORE OS02IS04	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	
INDICATORE OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

La Regione Piemonte si dota annualmente di un Piano Regionale dei Controlli (PRC) in materia di REACH-CLP. Proseguirà l'elaborazione di tali piani, tenendo conto delle risorse disponibili (operatori equivalenti) e distribuendo l'attività affinché sia garantita la rappresentatività delle realtà produttive territoriali.

La scelta delle matrici da sottoporre a controlli analitici sarà effettuata in collaborazione con ARPA e in sinergia con il tavolo regionale Ambiente, Clima e Salute.

Proseguirà altresì la realizzazione di iniziative di informazione e di formazione sul tema della valutazione e gestione del rischio chimico, anche via web (corsi e-learning) e mediante l'uso di materiale reso disponibile sul portale nazionale dedicato alle sostanze chimiche.

Le azioni suddette potranno favorire possibili sinergie e rafforzare integrazioni e cooperazioni già avviate in passato su specifici ambiti, quali quello della gestione del rischio da agenti chimici e cancerogeni nei luoghi di lavoro, da realizzare con il gruppo del PP8.

Ai sensi del DM 27/09/2018 il Ministero della Salute sta predisponendo il piano pluriennale dei controlli sul mercato dei prodotti cosmetici che prevede tra le azioni la realizzazione di un programma di ispezioni presso gli stabilimenti di produzione cosmetici. Qualora previsto a livello centrale, saranno definiti piani di controllo regionali da orientare sulla base delle caratteristiche dei siti di produzione presenti sul territorio.

A supporto di tale programmazione sarà effettuata una mappatura degli stabilimenti che producono cosmetici comprensiva degli elementi utili alla stratificazione del rischio.

È prevista infine una cooperazione con il Settore regionale Comunicazione per la creazione di schede informative sui rischi di salute legati ad agenti chimici e microbiologici, consultabili dai cittadini su un sito web dedicato.

TITOLO AZIONE	9.5 Aggiornamento del Piano Regionale amianto e miglioramento della conoscenza della problematica attraverso l'analisi del rischio
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
INDICATORE OS03IS05	Piani Regionali per l'amianto
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Si avvierà la collaborazione con la Direzione Ambiente per l'aggiornamento del Piano Regionale Amianto 2016-2020.

Si prevede di realizzare momenti di confronto fra gli operatori dei Dipartimenti su alcuni aspetti procedurali riguardanti le valutazioni di programmi di custodia e manutenzione di manufatti contenenti amianto o la gestione degli esposti e delle pratiche di autorimozione.

È prevista infine una cooperazione con il Settore regionale Comunicazione per la creazione di schede informative sui rischi di salute legati a fattori ambientali, consultabili dai cittadini su un sito web dedicato.

TITOLO AZIONE	9.6 Linee di indirizzo regionali per il miglioramento della salubrità e sostenibilità degli edifici
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "Pratiche Raccomandate" e/o "Buone Pratiche"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
INDICATORE OS03IS06	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	
INDICATORE OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Nel corso del precedente Piano è stata predisposta la bozza del Documento di indirizzo per la salubrità e sostenibilità di edifici ad uso lavorativo generico da un tavolo di lavoro regionale multidisciplinare e multi professionale, composto da rappresentanze delle Direzioni regionali Sanità, Ambiente, Competitività, Opere Pubbliche, Ordine Ingegneri Torino, Ordine Ingegneri Asti, Collegio dei geometri di Torino, Ordine Architetti Torino, ARPA, referenti regionali del protocollo ITACA - iiSBE Italia. Il tavolo ha lavorato alla valutazione di sostenibilità degli edifici secondo il modello Protocollo ITACA con particolare riferimento all'area di valutazione Qualità Ambientale indoor.

Il documento sarà revisionato, formalizzato e divulgato attraverso iniziative formative promosse tra gli operatori delle ASL.

Il gruppo di lavoro multidisciplinare sarà coinvolto nella predisposizione di documenti di indirizzo estesi al contesto outdoor in cui si collocano gli edifici.

È prevista infine una cooperazione con il Settore regionale Comunicazione per la creazione di schede informative sui rischi di salute legati a fattori ambientali indoor, consultabili dai cittadini su un sito web dedicato.

TITOLO AZIONE	9.7 Partecipazione a tavoli regionali sulla tematica Urban Health
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
INDICATORE OS03IS07	Urban health
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
INDICATORE OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Il tavolo di coordinamento regionale garantirà il raccordo con il Settore deputato alla redazione della Strategia Regionale di Sviluppo Sostenibile per la programmazione e la cooperazione per il raggiungimento degli obiettivi coerenti con le tematiche del Programma.

La tematica Urban Health è trasversale a diversi macro-obiettivi previsti dal PNP, pertanto si lavorerà per promuovere un confronto con altri gruppi di programma e per individuare possibili azioni da sviluppare insieme. In particolare saranno sviluppate azioni congiunte con i gruppi regionali dei programmi predefiniti PP2 “Comunità attive”, PP3 “Luoghi di lavoro che promuovono salute” e PP5 “Sicurezza negli ambienti di vita” per avviare con gli enti locali un percorso di coprogettazione alla mobilità sostenibile.

È prevista inoltre una cooperazione con il Settore regionale Comunicazione per la creazione di schede informative sui rischi di salute legati a fattori ambientali con particolare riferimento alla sicurezza stradale e al cambiamento climatico, consultabili dai cittadini su un sito web dedicato.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	9.8 Strumenti condivisi per la valutazione della salutogenicità dell'ambiente urbano a supporto dell'espressione di pareri
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "Pratiche Raccomandate" e/o "Buone Pratiche"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
INDICATORE OS01IS03	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali
OBIETTIVO OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
INDICATORE OS03IS06	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	
INDICATORE OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
OBIETTIVO OT05 Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT05IT05	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

I Dipartimenti di Prevenzione sono spesso chiamati ad esprimere pareri nell'ambito di procedimenti di Valutazione ambientale Strategica relativamente a varianti urbanistiche, modifiche dei piani regolatori, interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale.

Tali richieste costituiscono un'importante occasione per orientare le scelte nella direzione di un maggior guadagno di salute inducendo i decisori a porre particolare attenzione agli aspetti che più contribuiscono a migliorare la salutogenicità dei contesti di vita.

Infatti, le caratteristiche dell'ambiente di vita, in particolare quello urbano, potrebbero rappresentare fattori di rischio o di resilienza per la salute; ad esempio, più rumore, più inquinamento, più paura per la propria sicurezza, più isolamento e segregazione sociale possono determinare delle minacce per la salute; al contrario, più sicurezza e integrazione, buone reti sociali, un adeguato accesso ad aree verdi e servizi, meno inquinamento e rumore possono avere un effetto protettivo.

In effetti numerosi studi evidenziano come l'ambiente fisico e le caratteristiche socioeconomiche più rappresentate nei contesti urbani e periferici siano in grado di influenzare la salute fisica, mentale e il benessere degli abitanti nelle città:

- in maniera diretta, per gli effetti che l'inquinamento atmosferico, il rumore, l'esposizione a fattori allergogeni e isole di calore hanno dimostrato di avere sulle malattie croniche cardiovascolari, respiratorie, tumorali e neuropsichiatriche, senza dimenticare gli effetti sul benessere e sulla salute mentale derivanti dalla percezione di sicurezza e da un buon capitale sociale;
- in maniera indiretta per la capacità del contesto di incoraggiare o meno a svolgere attività fisica, soprattutto nelle popolazioni più svantaggiate dal punto di vista socioeconomico, per le quali la presenza di barriere fisiche e sociali costituisce un impedimento all'adozione di uno stile di vita attivo oltre che rappresentare un fattore di rischio per l'incidentalità stradale;

Alla luce di queste evidenze è opportuno dotare gli operatori di strumenti di indirizzo e conoscenze volte a uniformare i criteri di valutazione dando particolare rilievo agli aspetti che possono ridurre le disuguaglianze di salute intervenendo sui contesti.

Verrà pertanto messo a punto uno strumento di valutazione che terrà conto di determinanti socioeconomici e fisici che condizionano la salutogenicità dell'ambiente urbano utile ad uniformare i criteri di valutazione che i Dipartimenti di Prevenzione utilizzano nell'espressione di pareri.

Qualora per la predisposizione dello strumento venga effettuata un'analisi di contesto che tenga conto dei fattori socioeconomici, questo potrà essere utilizzato per indirizzare programmi di promozione dell'attività fisica prioritariamente verso le aree urbane più svantaggiate in collaborazione con i gruppi dei programmi PP2 "Comunità attive" e PL12 "Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità".

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Confronto con gli stakeholders sulle disuguaglianze nei determinati ambientali			
DESCRIZIONE: Ricognizione dei determinanti ambientali per la valutazione della disuguaglianza di distribuzione a livello regionale e individuazione di aree particolarmente critiche attraverso momenti di confronto con gli stakeholders regionali e locali				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Si costruiranno dei momenti di confronto con gli stakeholders regionali e locali per raccogliere dati quantitativi o qualitativi che permettano di definire quali determinanti di contesto sono distribuiti in maniera più diseguale				
ATTORI COINVOLTI	Tavolo di lavoro regionale del PP9, ARPA, IZS, Direzione regionale Ambiente, ANCI, gruppi dei PP2, PP5 e del PL12, eventuali altri stakeholders (Ordini professionali, associazioni, ecc.)			
INDICATORE	Riunioni/incontri con gli stakeholders			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero rappresentanti degli Enti coinvolti, partecipanti alle riunioni/totale degli Enti coinvolgibili • Standard: Almeno metà degli Enti rappresentati sul totale degli stakeholder coinvolgibili • Fonte: Verbali incontri 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Almeno metà degli Enti rappresentati sul totale degli stakeholder coinvolgibili	--	--	--
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Predisposizione del documento di indirizzo			
DESCRIZIONE: Realizzazione di un documento di indirizzo utilizzabile dagli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione per l'espressione di pareri nell'ambito delle Valutazioni Ambientali Strategiche (VAS) che riguardano le varianti ai piani regolatori per porre particolare attenzione alla mitigazione delle disuguaglianze di salute connesse ai contesti di vita particolarmente critici				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Sarà effettuata una revisione della letteratura compresi eventuali documenti prodotti nell'ambito di specifici progetti nazionali sull'Urban Health e saranno utilizzati i risultati della consultazione degli stakeholders per predisporre il documento di indirizzo utilizzabile dagli operatori delle ASL				
ATTORI COINVOLTI	Tavolo di lavoro regionale del PP9, ARPA, IZS, Direzione regionale Ambiente, ANCI, gruppi dei PP2, PP5 e del PL12, eventuali altri stakeholders (Ordini professionali, associazioni, ecc.)			
INDICATORE	Disponibilità di un documento di indirizzo			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: 1 documento • Standard: 1 documento disponibile entro il 2023 • Fonte: Rendicontazione annuale del PRP 			

VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	Documento disponibile	--	--
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Sperimentazione dell'utilizzo del documento di indirizzo in almeno 2 contesti, ove possibile urbanisticamente differenti			
DESCRIZIONE: La bozza di linee di indirizzo sarà oggetto di sperimentazione a livello locale scegliendo preferibilmente dei territori urbanisticamente differenti per conformazione urbanistica, composizione demografica (ad esempio area metropolitana e contesto rurale)				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Il gruppo regionale si confronterà con gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, in particolare con i referenti Ambiente e Salute delle diverse ASL piemontesi per individuare i territori su cui effettuare la sperimentazione				
ATTORI COINVOLTI	Tavolo di lavoro regionale del PP9, ARPA, IZS, Direzione regionale Ambiente, ANCI, gruppi dei PP2, PP5 e del PL12, eventuali altri stakeholders (Ordini professionali, associazioni, ecc.), operatori dei Dipartimenti di Prevenzione			
INDICATORE	Sperimentazione locale			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Utilizzo del documento in almeno 2 territori • Standard: Utilizzo del documento in almeno 2 territori, per almeno 6 mesi • Fonte: Rendicontazione annuale del PRP 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	--	Utilizzo del documento in almeno 2 territori, per almeno 6 mesi	--
INDICATORE	Prosecuzione sperimentazione locale			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Utilizzo del documento in almeno 2 territori • Standard: Prosecuzione dell'utilizzo del documento in almeno 2 territori, per almeno 6 mesi • Fonte: Rendicontazione annuale del PRP 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Prosecuzione dell'utilizzo del documento in almeno 2 territori, per almeno 6 mesi
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Formazione e confronto con gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione per l'utilizzo del documento su tutto il territorio regionale			
DESCRIZIONE: La sperimentazione avviata su 2 territori proseguirà e verrà estesa ad altre realtà; contemporaneamente saranno organizzati momenti di confronto e di formazione con tutte le ASL finalizzati a estendere l'impiego delle linee di indirizzo su tutto il territorio piemontese				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Verranno organizzati momenti di formazione e confronto a cura del tavolo di lavoro regionale del PP9 e degli operatori delle ASL nelle quali lo strumento è stato sperimentato				
ATTORI COINVOLTI	Tavolo di lavoro regionale del PP9, ARPA, IZS, Direzione regionale Ambiente, ANCI, gruppi dei PP2, PP5 e del PL12, eventuali altri stakeholders (Ordini professionali, associazioni, ecc.), Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione			
INDICATORE	Formazione e confronto degli operatori			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di ASL rappresentate dai partecipanti al corso di formazione-confronto/totale delle ASL piemontesi • Standard: 80/100 • Fonte: Registro presenze 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Percentuale di ASL rappresentate dai partecipanti al corso di formazione/confronto: 80%

TITOLO AZIONE	9.9 Iniziative informative/educative volte al miglioramento della qualità dell'aria
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
INDICATORE OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

L'esposizione a particolato atmosferico comporta un aumentato rischio di sviluppare malattie croniche in particolare a carico dell'apparato cardiovascolare e respiratorio. Numerose evidenze disponibili mostrano come, anche all'interno della stessa provincia italiana, l'esposizione a particolato sia mediamente più elevata tra i soggetti di bassa condizione socioeconomica rispetto ai soggetti più avvantaggiati.

Con Deliberazione della Giunta Regionale 26 febbraio 2021, n. 9-2916, la Regione Piemonte ha assunto disposizioni straordinarie volte a rafforzare interventi per la limitazione delle emissioni di inquinanti atmosferici. Tra queste assumono particolare rilievo le indicazioni per i settori agricolo e zootecnico, responsabili del 95% delle emissioni di ammoniaca, precursore delle particelle di particolato.

Le cause di emissione di particolato in questi settori sono attribuibili prevalentemente all'utilizzo di fertilizzanti azotati e agli abbruciamenti di residui vegetali.

La combustione delle biomasse contribuisce all'aumento dei livelli di particolato rilevabili non solo in ambito rurale ma anche urbano. In tale contesto una delle principali fonti emmissive è costituita dagli impianti di riscaldamento domestico con un contributo notevole degli impianti di riscaldamento a legna^{1,2}.

Gli impianti di riscaldamento a biomasse (responsabili di circa il 41% delle emissioni legate al riscaldamento) presenti nell'hinterland torinese, per meccanismi di trasporto in atmosfera e generazione di particolato secondario, contribuiscono in modo notevole alla quota di particolato rilevabile anche nella Città di Torino. Alla luce di questi dati, si è scelto di effettuare interventi mirati ad aumentare la consapevolezza dei cittadini e delle categorie professionali degli agricoltori sull'uso corretto dei combustibili a biomassa e dei fertilizzanti e sulla gestione dei residui vegetali.

Saranno avviate campagne di sensibilizzazione per la cittadinanza e le categorie professionali interessate in collaborazione con altri Enti, organi di vigilanza e stakeholder, previa ricognizione delle pratiche promettenti già in atto sul territorio regionale, in collaborazione con il gruppo del programma predefinito "Luoghi di lavoro che promuovono salute".

È inoltre prevista una cooperazione con il settore regionale che sta redigendo il Piano stralcio di comunicazione del Piano Regionale di Qualità dell'Aria (PRQA).

Si prevederanno, altresì, iniziative formative rivolte agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione coinvolti nella valutazione dei procedimenti autorizzativi per la realizzazione di nuove attività produttive.

È prevista infine una cooperazione con il Settore regionale Comunicazione per la creazione di schede informative sui rischi di salute legati a fattori ambientali, consultabili dai cittadini su un sito web dedicato.

¹ Arpa Piemonte. Inquinamento da particolato PM10: il riscaldamento domestico. 31/1/2019.

http://www.arpa.piemonte.it/news/inquinamento-da-particolato-pm10-il-riscaldamento-domestico_u.a. 10/3/2021

² Arpa Piemonte. Inquinamento da particolato PM10: le sorgenti. 17/12/2018. http://www.arpa.piemonte.it/news/inquinamento-da-particolato-pm10-le-fonti_u.a. 10/3/2021

TITOLO AZIONE	9.10 Campagne di sensibilizzazione sui rischi da radiazioni
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
INDICATORE OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Si prevede di effettuare una campagna di sensibilizzazione del rischio radon residenziale con particolare riferimento a quelle aree del territorio regionale che saranno definite come prioritarie, in base alla mappatura delle concentrazioni, di cui all' art 11 del DLgs 101/2020. ARPA Piemonte concluderà entro l'anno 2021 la revisione della mappatura del radon attualmente esistente, alla luce dei criteri del suddetto decreto. La nuova mappa sarà quindi resa disponibile presumibilmente nei primi mesi del 2022; successivamente saranno attuate iniziative di sensibilizzazione, con particolare riferimento alle aree maggiormente interessate dalla presenza di radon.

Proseguiranno le campagne di comunicazione sul corretto uso dei telefoni cellulari in età pediatrica (Progetto "Un patentino per lo smartphone") già avviate nell'ambito del precedente Piano.

Si prevede inoltre di sviluppare un programma di comunicazione da divulgare attraverso il personale sanitario coinvolto nell'assistenza alle fasce di età pediatrica e ai giovani adulti in collaborazione con il gruppo "Primi 1000 giorni" per sensibilizzare sui rischi da esposizioni a radiazioni ultraviolette naturali.

È prevista una ricognizione delle procedure in essere presso i Dipartimenti di Prevenzione circa la vigilanza sulle strutture che detengono apparecchiature radiogene, a seguito della quale si valuterà l'opportunità di approfondimenti formativi, anche alla luce della nuova normativa (DLgs 101/2020).

È prevista infine una cooperazione con il Settore regionale Comunicazione per la creazione di schede informative sui rischi di salute legati a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti (campi elettromagnetici e UV), consultabili dai cittadini su un sito web dedicato.

TITOLO AZIONE	9.11 Sistema informativo regionale relativo alle acque destinate al consumo umano e strategie per migliorare la conoscenza dei rischi nella filiera idropotabile
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
INDICATORE OS03IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità;altro:Gestori acquedotti

DESCRIZIONE

I Piani di sicurezza dell'acqua (PSA, *water safety plans*-WSP) sono stati introdotti per costituire un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull'analisi di rischio, estesa all'intera filiera idropotabile, per rafforzare la qualità delle acque e la tutela della salute umana. Gli obiettivi fondamentali vengono qui riassunti:

- prevenire efficacemente emergenze idro-potabili dovute a parametri non oggetto di ordinario monitoraggio, considerando ogni plausibile evento pericoloso nelle sorgenti, nelle captazioni e nell'intera filiera idro-potabile, proiettato nello scenario dei cambiamenti ambientali e climatici in atto;
- aumentare la capacità di intercettare precocemente eventi di contaminazioni grazie a sistemi on-line e early-warning;
- ridefinire le zone di protezione delle aree di captazione delle acque;
- potenziare la condivisione delle informazioni e dei dati tra le istituzioni che in diversi ambiti di competenza, operano monitoraggio e protezione del territorio e della salute;
- consentire una partecipazione dei cittadini più consapevole e attiva, migliorando la comunicazione in situazioni ordinarie e critiche.

Allo stato attuale risulta ancora carente la condivisione delle informazioni e dei dati tra le istituzioni, vanificando così uno degli aspetti fondamentali alla base dei PSA.

In Piemonte è già presente un sistema informativo regionale, che dovrà essere tuttavia implementato e adeguato al fine di consentire la messa in relazione delle informazioni derivanti dall'attività delle autorità competenti al controllo delle risorse idropotabili (le ASL) con quelle del laboratorio incaricato del controllo analitico (l'ARPA Piemonte).

A questo scopo è già stata istituita un'apposita Commissione regionale, composta da operatori delle ASL e di ARPA, avente il compito di definire le caratteristiche tecniche e funzionali da introdurre al sistema informativo attualmente in uso per adeguarlo alle nuove esigenze.

Al fine di attuare una più efficace prevenzione, valutazione dei rischi e gestione di fenomeni emergenziali nella filiera idropotabile, dalla captazione al rubinetto delle utenze, si valuterà altresì la fattibilità di costruire nuove alleanze e collaborazioni interdisciplinari e multisettoriali (ad esempio attraverso la definizione di appositi protocolli con l'Assessorato all'Ambiente e Territorio e l'Assessorato Agricoltura, Cibo, Caccia e Pesca) per consentire lo scambio di dati o l'acquisizione di ulteriori informazioni presenti su altre banche dati regionali.

TITOLO AZIONE	9.12 Accordi inter-istituzionali per interventi di valutazione dello stato di salute della popolazione in aree ad elevata pressione ambientale
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d’intesa, convenzioni con Istituzioni e/o titolari di policy (es. USB, Prefetture, Assessorati regionali Sport, Formazione, Turismo, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
INDICATORE OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
INDICATORE OT01IT01	Attività intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) con Delibera n. 19 del 20 febbraio 2015 ha approvato il Progetto definitivo della Nuova Linea Ferroviaria Torino-Lione con prescrizioni alle quali ottemperare in fase esecutiva.

La prescrizione n. 155 prevede che debba essere istituito un Comitato di Pilotaggio con compiti di indirizzo, discussione, valutazione e accompagnamento del processo di Valutazione di impatto sulla Salute dell’opera orientato alla valutazione complessiva degli impatti sulla vita della popolazione e alla messa in opera degli interventi tesi a mitigare congiuntamente rischi e impatti.

In occasione dell’avvio dei lavori della linea ferroviaria – sezione internazionale – parte comune italo francese – sezione transfrontaliera – parte in territorio italiano, sarà stipulato un protocollo di intenti per l’individuazione della composizione, l’attivazione e l’operatività del Comitato, di cui faranno parte rappresentanti delle Direzioni regionali Opere Pubbliche- Difesa del Suolo-Protezione Civile-Trasporti e Logistica, Sanità e Welfare, di ARPA Piemonte, dell’Azienda Sanitaria territorialmente competente, della società proponente ed eventuali altri stakeholders.

In Piemonte, la valutazione di impatto delle esposizioni ambientali risente di una scarsa integrazione tra gli archivi che raccolgono informazioni sui fattori di rischio ambientali e i sistemi informativi sanitari.

Per questi ultimi il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede un rafforzamento anche attraverso l’erogazione di specifici stanziamenti. In questa direzione si opererà per far dialogare i sistemi informativi di enti ambientali e sanitari coinvolti in questo Programma (ARPA, IZS, SSR) e si valuterà l’opportunità di integrazione con basi dati differenti (es. di carattere agricolo come nel caso dell’ARPEA).

La Regione Piemonte inoltre valuterà la fattibilità di collaborare con le altre Regioni della Pianura Padana ad un’attività di sorveglianza epidemiologica e monitoraggio degli effetti sanitari dell’inquinamento atmosferico, in continuità con l’Accordo di Bacino sulla qualità dell’aria sottoscritto nel giugno del 2017 dal Ministero dell’Ambiente e dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto e Piemonte (DGR 22-5139 del 5 giugno 2017).

Tale cooperazione potrà consentire di promuovere, anche a livello interregionale, l’integrazione tra gli archivi sui fattori di rischio ambientali e sugli esiti sanitari al fine di permettere la valutazione di impatto sanitario per esposizioni ambientali particolarmente rilevanti su questo territorio, come l’inquinamento atmosferico.

TITOLO AZIONE	9.13 Partecipazione alla stesura del Piano Regionale di gestione dei rifiuti urbani e di bonifica delle aree inquinate per la promozione di interventi volti alla corretta gestione dei rifiuti
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
INDICATORE OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Nel corso del 2021 è stato dato avvio all'aggiornamento del Piano regionale di gestione dei rifiuti urbani e di bonifica delle aree inquinate (PRUBAI).

Il gruppo regionale parteciperà alla redazione del Rapporto Ambientale nell'ambito del processo di Valutazione Ambientale Strategica in cooperazione con la Struttura di Epidemiologia Ambientale di ARPA Piemonte, con particolare riferimento agli aspetti di valutazione di impatto sulla salute.

Inoltre il gruppo parteciperà all'aggiornamento del Piano promuovendo in particolare l'inserimento di iniziative e misure finalizzate alla riduzione della produzione di rifiuti.

Particolare rilievo sarà dato alla sensibilizzazione della popolazione scolastica e lavorativa alla corretta gestione dei rifiuti (riduzione, riuso, riciclo e raccolta differenziata) anche attraverso la collaborazione con gli enti locali, le istituzioni scolastiche e le associazioni di categoria, previa ricognizione delle pratiche promettenti già in atto sul territorio regionale e in collaborazione con i gruppi dei programmi predefiniti PP1 "Scuole che promuovono salute" e PP3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute".

TITOLO AZIONE	9.14 Programma di comunicazione e sensibilizzazione finalizzato a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti dei cambiamenti climatici sulla salute
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	
OBIETTIVO OT03 Favorire l'adozione da parte della Comunità di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	
INDICATORE OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Socio-sanitari ed Operatori esterni al SSN
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

La Direzione Ambiente sta redigendo la Strategia Regionale sul Cambiamento Climatico (parte della Strategia regionale per lo sviluppo sostenibile) con il contributo di un tavolo di lavoro multidisciplinare composto da rappresentanze di diverse Direzioni regionali e il supporto di Arpa Piemonte. Il gruppo interdirezionale sta approcciando il tema dell'adattamento al cambiamento climatico tenendo conto dei risvolti sia di natura socio-economica, che ambientale, riferiti alle politiche di settore dei diversi comparti interessati. In tale ottica, anche gli effetti del cambiamento climatico sulla salute pubblica saranno oggetto di approfondimenti per la costruzione di un documento di definizione degli impatti, di verifica dei rischi e di individuazione delle azioni di mitigazione del fenomeno.

Il documento redatto sarà parte integrante della Strategia Regionale sul Cambiamento Climatico; una volta definito sarà approvato e divulgato attraverso iniziative formative e informative.

Si prevede inoltre di sviluppare, previa ricognizione delle pratiche promettenti già in atto sul territorio regionale/nazionale (come ad esempio i pacchetti formativi resi disponibili nell'ambito dei progetti "Noi e l'aria", "A scuola con il REACH e il CLP... insieme per essere più sicuri", ecc.), un programma di comunicazione rivolto alle scuole in collaborazione con il gruppo del PP1 "Scuole che promuovono salute" per sensibilizzare gli studenti sull'adozione di stili di vita ecosostenibili (mobilità, consumi, alimentazione, sostanze chimiche, ecc.).

È prevista infine una cooperazione con il Settore regionale Comunicazione per la creazione di schede informative sui rischi di salute legati a cambiamenti climatici, consultabili dai cittadini su un sito web dedicato e per lo sviluppo di tecniche comunicative efficaci.

TITOLO AZIONE	9.15 Attività di sorveglianza sanitaria congiunte a livello intradipartimentale per la riduzione dell'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
INDICATORE OT01IT01	Attività intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Si prevede di effettuare una ricognizione degli strumenti utilizzati dai Dipartimenti di Prevenzione per una valutazione dell'impatto ambientale e sanitario degli stabilimenti agricoli e zootecnici.

Allo scopo sarà verificata la possibilità di accesso e utilizzo delle basi dati create in ambito agricolo (relative ad esempio alle autorizzazioni per lo spandimento dei liquami zootecnici) e la possibilità di sfruttare, a fini ambientali, i dati analitici prodotti dall'IZS relativi ai controlli su animali, mangimi e alimenti di origine animale.

Il gruppo regionale coordinerà la revisione e l'aggiornamento delle check list utilizzate per le attività di autorizzazione preventiva e controllo con particolare riferimento agli aspetti che possono concorrere al miglioramento della salute pubblica.

È prevista infine una cooperazione con il Settore regionale Comunicazione per la creazione di schede informative sui rischi di salute legati all'impiego di prodotti fitosanitari e alle malattie trasmesse da vettori, consultabili dai cittadini su un sito web dedicato.

3.10 PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

3.10.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP10
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Roberto Raso
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO6 Malattie infettive prioritarie
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO6-24 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)</p> <p>MO6-25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health)</p> <p>MO6-26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici</p> <p>MO6-27 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali</p> <p>MO6-28 Sviluppare programmi di Antimicrobial stewardship (AS)</p>
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<p>MO6LScc Esistenza di un sistema regionale di monitoraggio dell'uso dei prodotti idroalcolici</p> <p>MO6LSz Assicurare che la sorveglianza nazionale delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi abbia una copertura elevata</p> <p>MO6LSaa Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario</p> <p>MO6LSx Attivazione in tutte le Regioni di un sistema regionale di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano, basato sui dati di laboratorio, che coinvolga tutti i laboratori degli ospedali pubblici e privati secondo le indicazioni nazionali</p> <p>MO6LSy Monitoraggio del consumo antibiotici in ambito umano e veterinario</p> <p>MO6LSbb Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito umano</p> <p>MO6LSdd Interventi per ridurre la trasmissione in ambito assistenziale</p> <p>MO6LSee Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici</p> <p>MO6LSff Formazione sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA</p>
LEA	<p>A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse</p> <p>A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse</p> <p>D08 Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza</p> <p>allegato 2 Assistenza Distrettuale</p> <p>allegato 3 Assistenza Ospedaliera</p>

3.10.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

L'Antimicrobico resistenza (AMR) è un fenomeno, non una malattia, con caratteristiche multifattoriali (mutazioni geniche, pressione selettiva degli antibiotici, trasmissione e diffusione di geni e popolazioni batteriche...) che coinvolge molti settori (uomo, ambiente, zootecnia etc) e che varia in base alle caratteristiche dell'ospite, del microrganismo, degli antibiotici utilizzati, e, infine, del tipo di infezione. Nell'ambito dell'AMR, l'antibiotico resistenza è da tempo considerata una emergenza di sanità pubblica mondiale, sia per il suo impatto per la salute sia perché, mettendo a rischio procedure mediche avanzate,

pone in prospettiva - in assenza di efficaci misure di controllo - a rischio gli stessi sistemi sanitari così come li conosciamo. Per tale motivo -come in questo caso - spesso quando si parla di AMR ci si riferisce alle antibiotico resistenze.

Accanto ai numerosi studi e ricerche, i dati più significativi sulla diffusione e impatto provengono dalle attività di sorveglianza routinarie delle AMR e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) coordinate a livello europeo e da periodiche indagini di prevalenza, cioè una “fotografia” della situazione in un determinato giorno, svolte contemporaneamente in Europa, Italia e Piemonte in un campione di Ospedali e RSA.

Su queste basi l'ECDC (Centro Controllo Malattie Europeo) stima che nell'Unione Europea più di 600.000 persone all'anno contraggano un'infezione correlata all'assistenza e che ogni 100 ingressi in ospedale tra le 3 e le 5 persone contraggano un'infezione più o meno grave.

Si stima che per le infezioni antibiotico resistenti causata dai principali 8 batteri sorvegliati più di 30.000 persone muoiano con infezioni da batteri resistenti, e che un terzo di questi decessi avvenga in Italia. Gli anni di vita persi per decesso o disabilità (DALYs) sono stimati in 170 per 100.000 abitanti dei quali: il 63% sono correlati all'assistenza, il 70% a quattro batteri e il 39% alla resistenza ai carbapenemi e/o alla colistina. Il peso rappresentato dai DALYs per AMR è comparabile a quello complessivo attribuibile alle tre principali malattie trasmissibili: Influenza, Tubercolosi e HIV/AIDS.

Poiché i principali assi di intervento per la prevenzione e il controllo delle antibiotico resistenze sono il buon uso degli antibiotici e la prevenzione delle ICA, è utile accennare anche alle stime riguardanti le principali ICA: per le polmoniti risultano 170 DALYs per 1000.000 abitanti, seguite dalle infezioni del sangue (145), da quelle del tratto urinario (81,2) e del sito chirurgico (58,2).

Sulla base della stima che più della metà delle ICA sono prevenibili, studi OCSE valutano per le infezioni antibiotico resistenti il guadagno in vite salvate e la convenienza, anche economica, di alcune misure di prevenzione. Ad esempio, l'OCSE valuta che in Italia l'applicazione di interventi per l'ulteriore promozione e adozione dell'igiene delle mani in ambito sanitario possa far risparmiare circa 7000 vite all'anno, e numeri simili si riscontrano per interventi di stewardship o potenziamento delle misure di igiene ospedaliera e controllo delle infezioni.

Dagli studi di prevalenza periodica ECDC effettuati in epoca “pre-covid” la stima del numero dei pazienti UE che in un dato giorno presentano una ICA con almeno un microrganismo resistente è di 291.067.

In ambito (ricoveri per acuzie) l'Italia evidenzia una prevalenza di ICA più alta della media UE: al momento dell'indagine, tra le persone ricoverate nella UE circa 6 ogni 100 presentavano una o più ICA (5,5%; IC 4,5-6,7), contro l'8% riscontrato in Italia (IC95% 6,8-9,5). In Piemonte la media delle prevalenze degli ospedali indagati L'incidenza annuale stimata (almeno una ICA) per l'UE è circa il 4% ogni 100.000 ammissioni (3,7; IC95% 2,4-5,3) mentre in Italia 6% (IC95% 4,2-8,3).

In Piemonte i dati provenienti dall'indagine (42 ospedali indagati) hanno rilevato il 7,26% di pazienti con almeno una ICA (media delle prevalenze degli ospedali del 6,1%; IC95% 5,1-7,1). Come atteso, il maggior numero si concentra negli ospedali con pazienti a maggiore complessità che richiedono manovre invasive, e maggior tempo di degenza, In Piemonte ad esempio nelle lungodegenze ospedaliere un paziente su 4 può contrarre un'infezione, mentre nei pazienti intubati si può arrivare al 30%. Dei microrganismi testati, a livello europeo il 36% risultava antibiotico resistente mentre in Italia la proporzione sale al 42%.

La simile indagine di prevalenza condotta nelle strutture sanitarie residenziali (“RSA” per l'Italia) evidenzia al livello UE una prevalenza di ICA del 3,9%, per un totale stimato di circa 130.000 ospiti con almeno una ICA. In Italia la prevalenza è simile mentre in Piemonte la stima della prevalenza risulta leggermente inferiore (3%).

Le informazioni disponibili in materia e le attività di sorveglianza routinarie o periodiche non comprendono approfondimenti sugli aspetti socio economici.

In via indiretta, l'indagine di prevalenza svolta sulle RSA ha confermato per quest'ambito la fragilità delle attività di prevenzione delle ICA e di contrasto all'antibiotico resistenza e soprattutto la mancanza di interventi omogenei, programmati e continuativi da parte del SSN e dei SSR. Questa criticità è emersa in modo “esplosivo” durante l'epidemia da SARS-CoV-2, in particolare nella prima ondata, ed evidenzia

quantomeno una forte disegualianza nella offerta o accessibilità alle attività di prevenzione e controllo nell'area dell'Infection Control per un'ampia fascia di popolazione.

Sarà indubbiamente necessario verificare, discriminare e quantificare quanto si è potuto osservare empiricamente nelle pieghe degli interventi emergenziali ma è da subito stata individuata la necessità di interventi specifici che vadano nella direzione di estendere, gli interventi presenti nelle strutture del SSR adattandoli e rendendoli fattibili in un contesto frammentato e essenzialmente a conduzione privata.

Il necessario potenziamento delle attività di contrasto alle AMR e ICA previsto dal Piano Nazionale di Contrasto alle AMR (PNCAR) e dal PNP dovrà inevitabilmente estendere gli interventi e l'offerta di prevenzione a tutti gli ambiti assistenziali, socio-assistenziali e sociali pubblici e privati come parte della ancor più ampia necessità di interventi intersettoriali e interdisciplinari.

In Piemonte esiste storicamente un gruppo regionale a carattere interprofessionale e disciplinare dedicato alle attività di sorveglianza prevenzione e controllo delle ICA e conseguentemente delle AMR (GLICA). Il GLICA si occupa, a supporto delle attività regionali, della consulenza, programmazione, coordinamento e monitoraggio in materia. Presso le Aziende del SSR sono presenti, in capo alle Direzioni Sanitarie ospedaliere, Unità per la prevenzione del Rischio Infettivo (UPRI) composte da Infermieri competenti (ISRI) e con un Responsabile medico. A seguito della realizzazione e indicazioni del Piano Nazionale AMR è stato costituito un Gruppo regionale per suo il coordinamento e monitoraggio, integrato con il GLICA. Da un punto di vista meramente organizzativo è strategica l'integrazione con le attività e l'organizzazione e monitoraggio del Piano Regionale di Prevenzione e, ugualmente strategica il potenziamento e l'estensione organica al territorio delle reti e delle attività dedicate.

Come evidenziato in questa premessa di contesto, ugualmente strategico – a fianco delle altre indicazioni contenute nei Piani nazionali – è il miglioramento e il potenziamento dell'attività conoscitiva (sorveglianze, studi, analisi, valutazioni epidemiologiche etc) e dei suoi strumenti quali l'informatizzazione.

3.10.3 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica a livello globale. Diversi antibiotici sono diventati parzialmente o del tutto inefficaci rendendo rischiose procedure mediche avanzate (es. chemioterapie antitumorali, trapianti d'organo, protesi d'anca). Si calcola che, in Europa, circa 25 mila decessi all'anno siano dovuti ad infezioni da batteri resistenti agli antibiotici e si stima che, entro il 2050, se non si riuscirà a contenere il fenomeno, le morti potrebbero arrivare a 10 milioni (fonte OMS).

L'Italia è uno dei Paesi europei con i livelli più alti di AMR, sempre superiore alla media europea, e con un elevato consumo di antibiotici (al 5° posto, dati ESAC-Net dell'ECDC). La maggior parte di queste infezioni è gravata da elevata mortalità (fino al 30%), capacità di diffondere rapidamente nelle strutture sanitarie, causando epidemie intra- e inter-ospedaliere, e di divenire endemici. L'*European Center for Disease Control* (ECDC) ha stimato che annualmente si verificano in Europa 670.000 infezioni sostenute da microrganismi antibioticoresistenti: queste sono responsabili di 33.000 decessi, dei quali più di 10.000 in Italia data l'alta prevalenza di infezioni antibioticoresistenti (Cassini A et al. *Lancet Infect Dis* 2018).

L'OMS, riconoscendo l'AMR un problema complesso che può essere affrontato solo con interventi coordinati multisettoriali, promuove un approccio *One Health*, sistematizzato nel 2015 con l'approvazione del Piano d'Azione Globale per contrastare l'AMR, collaborando da tempo con FAO, OIE e UNEP. La visione *One Health* è stata sostenuta anche dai leader G7 e G20. Ugualmente, la Commissione Europea ha adottato una prospettiva *One Health* e nel Piano d'azione 2011-2016 ha identificato le aree prioritarie di intervento. Il 2 novembre 2017 è stato approvato in Conferenza Stato Regioni il Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020, coerente con l'approccio *One Health*.

Il rischio infettivo associato all'assistenza, ossia il rischio per pazienti, visitatori e operatori di contrarre una infezione, ha un posto particolare nell'ambito dei rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, per dimensioni, complessità dei determinanti e trend epidemiologico in aumento. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali ospedalieri e territoriali.

L'impatto clinico-economico è rilevante: secondo un rapporto dell'OMS, le ICA causano prolungamento della degenza, disabilità a lungo termine, aumento dell'AMR, costi aggiuntivi e mortalità in eccesso. L'ECDC ha stimato che ogni anno si verificano più di 2,5 milioni di ICA in Europa e che le 6 ICA più frequenti (infezioni urinarie, infezioni del sito chirurgico, infezioni respiratorie, batteriemie, sepsi neonatale, infezioni da *Clostridium difficile*) siano responsabili ogni anno di 501 DALYs/100.000 abitanti; tale burden è maggiore, quasi il doppio, di tutte le 32 malattie infettive notificabili considerate complessivamente (260 DALYs per 100.000 abitanti) (Cassini A et al PLOS Medicine 2016). Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che possa esserlo più del 50%. In Italia, per le infezioni del sito chirurgico, nel 2014-2015 si è rilevata un'incidenza di circa 1%, comparabile con gli standard europei e statunitensi. Per le UTI, nel 2016 si sono registrate le seguenti incidenze: batteriemie 4,5/1.000 gg-paziente; polmoniti 5,2/1.000 gg-pz; infezioni vie urinarie 2,2/1.000 gg-pz. Il primo Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020, approvato il 2 novembre 2017, evidenzia la necessità di linee di indirizzo uniche e un più forte coordinamento nazionale, per poter guidare meglio e armonizzare le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA e garantire il rispetto in tutto il paese di standard comuni condivisi.

La diffusione e lo sviluppo del presente Programma è in accordo con la strategia di contrasto dell'AMR, con approccio *One Health*, delineata nel PNCAR, che prevede il coinvolgimento collaborativo, intersettoriale, multidisciplinare e multiprofessionale, con l'integrazione delle azioni in ambito umano, veterinario, agroalimentare e ambientale, in una visione organica ed unitaria.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. Piano d'azione quinquennale (2011-2016) contro la crescente minaccia dell'antibiotico-resistenza della Commissione Europea
2. A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR) del 2017
3. WHO Global action plan on antimicrobial resistance del 2015
4. Dichiarazione della 71° Sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sull'antimicrobico-resistenza del 2016
5. Circolare ministeriale per la sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi prot.4968 del 23.02.2013 e successivi aggiornamenti
6. Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020 e successivi aggiornamenti
7. CAC/RCP 61-2005 "Codice di Comportamento per minimizzare e contenere la resistenza antimicrobica"
8. CAC/GL 77-2011 "Linee guida per l'analisi dei rischi da AMR in prodotti di origine alimentare"
9. The OIE Strategy on Antimicrobial Resistance and the Prudent Use of Antimicrobials del 2016
10. The FAO action plan on antimicrobial resistance 2016-2020
11. Report OCSE Stemming the Superbug Tide - Just a Few Dollars More del 2018
12. Conclusioni del Consiglio "Verso una strategia dell'Unione per una politica sostenibile in materia di sostanze chimiche" 2019
13. Biosicurezza e uso corretto e razionale degli antibiotici in zootecnia del Ministero salute
14. Linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari del Ministero salute
15. Linee guida per l'uso prudente degli antimicrobici negli allevamenti zootecnici per la prevenzione dell'antimicrobico-resistenza e proposte alternative - Ministero della Salute
16. DECRETO 8 febbraio 2019 Modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati
17. Manuale operativo per la predisposizione e la trasmissione delle informazioni al sistema informativo di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi

Declinazione a livello regionale del Programma

Il programma predefinito PP 10 dedicato al contrasto delle AMR è riferito alle azioni e obiettivi richiesti dal PNCAR 2017-2020, prorogato a fine 2021 causa emergenza pandemica, e al successivo aggiornamento 2022-2025 attualmente in via di stesura.

La sua declinazione per gli anni dal 2022 deve quindi comprendere linee di sviluppo già consolidate e previste dovrà tenere conto della presenza di ulteriori indicazioni ed obiettivi che saranno sviluppati nei prossimi anni.

Accanto a queste esigenze, emerge quella – piemontese e nazionale – di accelerare il rafforzamento e lo sviluppo degli interventi rivolti al territorio e - prioritariamente – alle residenze socio sanitarie per anziani. Tale necessità, che non riguarda solo il contrasto delle AMR e la prevenzione delle ICA, si è posta con prepotenza in occasione della pandemia evidenziando non solo diverse fragilità ma anche problemi di equità nell'accesso alle attività e servizi di prevenzione della sanità pubblica.

A livello regionale, fermo restando gli obiettivi ed indicatori predefiniti, sono individuate specifiche azioni nelle differenti aree di intervento, in coerenza con il Programma Predefinito, sulla base di tre direttrici:

- necessità di integrazione delle programmazioni e azioni regionali esistenti (Obiettivi ed Indicatori assegnati annualmente alle Aziende e attività previste dal Piano Piano regionale di contrasto alle AMR)
- necessità di coordinare e assicurare coerenza tra le pianificazioni e monitoraggi specifici del sistema di Obiettivi e Aziendali, del Piano regionale di contrasto alle AMR e del Piano Regionale di Prevenzione, a loro volta in coerenza con le indicazioni del PNCAR
- necessità di intervenire nel rafforzamento e sviluppo degli interventi dedicati al territorio e in particolare alle RSA.

Sulla base di queste tre direttrici di carattere strategico, le azioni che declinano a livello regionale le indicazioni del PNP individuano i seguenti obiettivi strategici:

- il rafforzamento delle funzioni Aziendali in tema di prevenzione delle ICA e contrasto alle AMR e l'avvio di azioni dedicate alle RSA e volte anche a sviluppare la rete territoriale dedicata;
- l'integrazione nel gruppo regionale dedicato alle AMR di componenti del Gruppo regionale storicamente dedicato alle ICA e di componenti del Coordinamento Regionale della Prevenzione;
- lo sviluppo delle attività di sorveglianza e monitoraggio delle AMR secondo le indicazioni nazionali e necessità regionali, con particolare attenzione dedicata all'informatizzazione di Laboratori, compresa in prospettiva l'integrazione tra l'area umana e veterinaria;
- lo sviluppo sulla base delle indicazioni nazionali di un sistema di monitoraggio delle attività che integri, soddisfatti, gli specifici monitoraggi regionali dedicati storicamente alle ICA e ai Piani AMR e PRP;
- la realizzazione delle specifiche indicazioni del PRP previste per le altre varie aree di intervento: formazione, comunicazione, monitoraggio dell'uso degli antibiotici, specifiche sorveglianze, azioni per la prevenzione delle ICA e per il buon uso degli antibiotici.

3.10.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PP10_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR			
INDICATORE PP10_OT01_IT01	Tavoli tecnici intersettoriali			
formula	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR			
Standard	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale	--	--	--
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PP10_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti			
INDICATORE PP10_OT02_IT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici			
formula	Presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali			
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale	--	--	--
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PP10_OT03	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder			
INDICATORE PP10_OT03_IT03	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici			
formula	Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR			
Standard	Realizzazione annuale del programma di comunicazione			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione annuale del programma di comunicazione	Realizzazione annuale del programma di comunicazione	Realizzazione annuale del programma di comunicazione	Realizzazione annuale del programma di comunicazione
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PP10_OT04	Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio			
INDICATORE PP10_OT04_IT04	Lenti di equità			
formula	Adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021			
Fonte	Regione			

3.10.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PP10_OS01	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione			
INDICATORE PP10_OS01_IS01	Sorveglianza e monitoraggio (a)			
formula	adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute			
Standard	SI (verifica annuale)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	verifica annuale	verifica annuale	verifica annuale	verifica annuale
Fonte	Regione / ISS			
INDICATORE PP10_OS01_IS02	Sorveglianza e monitoraggio (b)			
formula	percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: (N. strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR) / (N. totale delle strutture di ricovero per acuti) x 100			
Standard	100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	100%
Fonte	Regione / ISS			
INDICATORE PP10_OS01_IS03	Sorveglianza e monitoraggio (c)			
formula	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni			
Standard	Si (entro 2023)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni	--	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP10_OS01_IS04	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori			
formula	% laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia			
Standard	Elenco dei laboratori al 2022 e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025.			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Elenco dei Laboratori	Incremento rispetto anno precedente del numero di laboratori coinvolti nella sorveglianza AMR	Incremento rispetto anno precedente del numero di laboratori coinvolti nella sorveglianza AMR	Incremento rispetto anno precedente del numero di laboratori coinvolti nella sorveglianza AMR
Fonte	Regione			

INDICATORE PP10_OS01_IS05	Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure			
formula	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari			
Standard	SI (entro il 2023)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	--	--
Fonte	Regione/IZS/CNR-LNR			
INDICATORE PP10_OS01_IS06	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A			
formula	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV			
Standard	Produzione Report annuale (a partire dal 2022)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Produzione Report annuale	Produzione Report annuale	Produzione Report annuale	Produzione Report annuale
Fonte	Regione			
INDICATORE PP10_OS01_IS07	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B			
formula	coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR			
Standard	produzione report annuale			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Produzione Report annuale	Produzione Report annuale	Produzione Report annuale	Produzione Report annuale
Fonte	Regione			
INDICATORE PP10_OS01_IS08	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C			
formula	promozione dell'applicazione degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti			
Standard	almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET
Fonte	Regione/ASL/Ordini Professionali			

INDICATORE PP10_OS01_IS09	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D			
formula	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero			
Standard	100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	100%
Fonte	Regione			
INDICATORE PP10_OS01_IS10	Sorveglianza e monitoraggio (e)			
formula	% di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE, con un grado di copertura >90% (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile)			
Standard	>90% (entro 2025), con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Grado di copertura 90%
Fonte	Regione/ISS			
INDICATORE PP10_OS01_IS11	Sorveglianza e monitoraggio (f)			
formula	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale			
Standard	n. 3 sorveglianze (entro 2022)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	3	--	--
Fonte	Regione/ISS			
INDICATORE PP10_OS01_IS12	Sorveglianza e monitoraggio (g)			
formula	Formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: $(N. \text{ CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza} / (N. \text{ totale CC-ICA}) \times 100$			
Standard	100% (ANNUALE)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	100%	100%	100%	100%
Fonte	Regione			
INDICATORE PP10_OS01_IS13	Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a)			
formula	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025			
Standard	100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	100%
Fonte	Regione			
INDICATORE PP10_OS01_IS14	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):			
formula	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente			
Standard	almeno 1 iniziativa annuale			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Iniziative regionali di promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Iniziative regionali di promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Iniziative regionali di promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Iniziative regionali di promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario
Fonte	Regione			

INDICATORE PP10_OS01_IS15	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):			
formula	Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende sanitarie/Ospedali) x 100			
Standard	100% (entro il 2025)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	100%
Fonte	Regione			
INDICATORE PP10_OS01_IS16	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):			
formula	Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100			
Standard	100% (entro il 2022)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	100%	--	--	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP10_OS01_IS17	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):			
formula	Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: (N. ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica) / (N. totale di ospedali della Regione) x100			
Standard	100% (entro 2024)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	--	100%	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PP10_OS01_IS19	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA			
formula	% di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: (N.Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno) / (N. totale Aziende sanitarie) x 100			
Standard	100% (entro 2024)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	--	100%	--
Fonte	Regione			

3.10.6 Azioni

TITOLO AZIONE	10.1 Integrazione dei Piani regionali dedicati o che intersecano il tema del contrasto alle AMR e del loro monitoraggio
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR	
INDICATORE OT01IT01	Tavoli tecnici intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	altro:Direzione Sanità, Tavoli regionali dedicati alla Prevenzione (CORP) alle AMR e alle ICA

DESCRIZIONE

In Regione Piemonte – come da indicazioni PNCAR – con DGR n. 113-9020 è stato adottato il Piano regionale per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza (AMR) 2019-2020, è stata individuata la figura del referente regionale ed è stato istituito il Gruppo Tecnico di coordinamento e monitoraggio del Piano e della Strategia di contrasto dell'Antimicrobico Resistenza, coordinato dal Referente Regionale individuato nel Direttore regionale della Direzione Sanità con delega al Dirigente del Settore "Prevenzione e Veterinaria". Accanto ai Direttori dei settori regionali interessati e ai referenti tecnici per l'ambito umano e veterinario sui tavoli interregionali e nazionale, sono anche presenti tecnici che fanno anche parte del Gruppo regionale Infezioni Correlate all'Assistenza (GLICA). Il referente tecnico regionale per le AMR ambito umano è altresì presente nel gruppo di coordinamento del programma PP10 del PRP, nell'ambito del Coordinamento Regionale delle Prevenzione (CORP).

Al fine di migliorare l'integrazione delle attività del PNCAR, comprendente le attività dedicate alle ICA, con quelle previste in materia nel Piano Nazionale di Prevenzione e nel Piano Regionale di Prevenzione, si ritiene opportuna l'inclusione nel gruppo regionale AMR di componenti del CORP per l'integrazione/coordinamento delle programmazioni specifiche, del loro monitoraggio e valutazione.

Sarà quindi aggiornata, mediante provvedimento regionale, la composizione del gruppo regionale AMR con inclusione di componenti del CORP (gruppo malattie e infezioni trasmissibili). Saranno individuati e formalizzati modalità e strumenti di programmazione, monitoraggio e valutazione integrati, in coerenza con i rispettivi strumenti nazionali disponibili e in via di realizzazione.

Si prevede la partecipazione al test della Piattaforma Nazionale "SPINCAR" per il monitoraggio della realizzazione del PNCAR a livello Regionale e Aziendale (progetto centrale del Ministero della Salute/CCM), sulla base delle indicazioni fornite.

Nel 2022 si provvederà al recepimento regionale delle eventuali indicazioni nazionali in merito all'adozione della piattaforma di monitoraggio del Piano.

A partire dal 2022 sarà utilizzata la piattaforma per il monitoraggio delle azioni di contrasto alle AMR.

TITOLO AZIONE	10.2 Sviluppo sorveglianza degli isolamenti di laboratorio AR_ISS
CATEGORIA PRINCIPALE	azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
INDICATORE OS01IS03	Sorveglianza e monitoraggio (c)
INDICATORE OS01IS04	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;altro:Laboratori di microbiologia, Centri Elaborazione Dati aziendali, Direzioni Sanitarie aziendali, Sistemi Informativi regionali

DESCRIZIONE

Il PNCAR prevede l'informatizzazione della sorveglianza nazionale AR_ISS e l'aumento del numero dei laboratori di microbiologia partecipanti sino alla copertura totale del territorio.

L'obiettivo finale piemontese, oltre all'informatizzazione, è (1) l'estensione della sorveglianza AR-ISS a tutti i laboratori di microbiologia, lo sviluppo della sorveglianza piemontese con inclusione di tutti i patogeni e loro resistenze e l'integrazione tra settore umano e veterinario, tramite il coinvolgimento della microbiologia e dell'epidemiologia dell'IZS di Torino; (2) lo sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, sulla base delle indicazioni nazionali.

Si prevedono quindi step successivi o paralleli per:

- valutazione di fattibilità dell'informatizzazione da parte del CSI e del Gruppo regionale dedicato alle AMR. Adozione/formalizzazione regionale del processo di informatizzazione. Stesura del progetto comprendente tempistiche, responsabilità e individuazione del Team tecnico che ne segue la realizzazione;
- realizzazione dell'informatizzazione per l'estrazione dati dai LIS di laboratorio e alimentazione del debito informativo AR-ISS, a partire dai laboratori già partecipanti ad AR-ISS;
- adozione regionale del sistema con l'individuazione degli aspetti organizzativi e responsabilità regionali e aziendali. Raccolta dati 2021 e precedenti;
- valutazione delle fattibilità, necessità e modalità di estensione del sistema di sorveglianza microbiologica al settore veterinario;
- Invio routinario dati sorveglianza AR_ISS. Progressiva estensione a tutti i laboratori regionali. Ampliamento della sorveglianza secondo indicazioni nazionali e necessità regionali.

TITOLO AZIONE	10.3 Sviluppo sorveglianza degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (ex sorveglianza CPE)
CATEGORIA PRINCIPALE	azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
INDICATORE OS01IS10	Sorveglianza e monitoraggio (e)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;altro:Unità Per Rischio Infettivo (UPRI) del SSR, Direzioni strutture ospedaliere e Laboratori di microbiologia insistenti sul territorio piemontese

DESCRIZIONE

La sorveglianza nazionale degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) è stata aggiornata e osserva tutte le resistenze ai carbapenemi (CRE). Contestualmente all'aggiornamento è stata messa a disposizione da ISS una piattaforma dedicata. Obiettivo prioritario della sorveglianza è la copertura di tutti i laboratori di microbiologia e strutture del SSR e successivamente la copertura regionale (sorveglianza di popolazione).

La Regione Piemonte aveva già raggiunto la copertura di tutti i laboratori e ospedali del SSR e diverse strutture private convenzionate. L'aggiornamento della sorveglianza è invece stato interrotto dall'emergenza pandemica che ha anche influito negativamente sulla sensibilità della sorveglianza.

Gli obiettivi sono quindi:

- la verifica e l'eventuale recupero della sottonotifica del 2020;
- l'adozione regionale della piattaforma ISS a partire dai dati 2021. L'allineamento dello storico dei dati (2014-2020) raccolti tramite piattaforma regionale e loro invio ad ISS;
- l'estensione della copertura della sorveglianza a tutti gli ospedali privati e loro laboratori presenti sul territorio piemontese (sorveglianza di popolazione).

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	10.4 Prevenzione e controllo delle AMR e ICA sul territorio e nelle RSA
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio	
INDICATORE OT04IT04	Lenti di equità
CICLO DI VITA	terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Storicamente le attività dell'*infection control* si sono sviluppate in ambito ospedaliero e qui hanno mantenuto il loro baricentro. In Piemonte la presenza di una rete di Unità dedicate all'intervento sul rischio infettivo (UPRI) e il sistema regionale di programmazione e monitoraggio annuale di obiettivi aziendali supportato dal Gruppo regionale dedicato (GLICA) hanno permesso alcuni interventi in tale direzione, spesso però limitati alle strutture residenziali a gestione diretta del SSR, cioè ad una quota molto limitata rispetto a quelle a gestione privata.

I risultati nazionali e piemontesi dell'indagine periodica *Studio di prevalenza europeo sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'utilizzo di antibiotici nelle strutture di assistenza socio-sanitaria*, promossa da ECDC nel 2016/2017, evidenziano specifiche criticità e peculiarità presenti nelle RSA in tema di *infection control*. Nel complesso emerge anche – in trasparenza – la mancanza di un sistema di politiche, indicazioni minime coordinate e omogenee, e un monitoraggio a carattere stabile e continuativo.

Questa sostanziale assenza e la conseguente disomogeneità nelle competenze e attività di *infection control* presenti nelle strutture residenziali territoriali, in particolare quelle a valenza sanitaria, si è evidenziata talvolta con drammatica evidenza in occasione dell'emergenza da SARS-Cov-2, coinvolgendo un'ampia fascia di popolazione prevalentemente anziana e/o disabile residente e un'altrettanto ampia fascia di operatori sanitari e non sanitari.

Non sono ad oggi disponibili per questa fascia di popolazione informazioni e dati che permettano una valutazione delle disuguaglianze, quali ad esempio la relazione tra fasce di reddito degli ospiti/familiari e caratteristiche delle strutture ospitanti. Risulta comunque evidente, non solo per il Piemonte, una generale carenza nell'offerta e nell'accesso alle attività di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili per la popolazione anziana e disabile residente in strutture sociosanitarie rispetto alle strutture di ricovero per acuti e gestite dal SSR.

Nell'ambito delle azioni rivolte alla promozione e al sostegno delle attività di *infection control* rivolte al territorio, la Direzione Sanità della Regione Piemonte ha previsto un intervento finalizzato a porre le basi per lo sviluppo di un core minimo di competenze e attività omogeneo sul territorio.

1. Su proposta del gruppo di lavoro per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle ICA (GLICA), la Direzione Sanità ha indicato tra gli obiettivi aziendali 2021 il potenziamento degli elementi organizzativi a sostegno delle attività di *infection control* rivolte al territorio, integrate con le reti e attività dedicate già presenti in Regione. Nello specifico:

- porre la funzione dedicata alla sorveglianza, prevenzione e controllo del rischio infettivo (ICA e AMR) in staff alla Direzione Aziendale, coordinata da una figura medica qualificata dotata di risorse e supportata dal Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza;
- dedicare, nell'ambito delle Unità per il rischio infettivo ospedaliero, un infermiere competente in *infection control* (ISRI) alle attività di supporto e raccordo con il territorio. Tale infermiere dovrà essere in aggiunta agli standard attuali;

- individuare infermieri competenti nelle attività di *infection control* in numero minimo di 1 ogni 300.000 abitanti, dedicati agli interventi di prevenzione e controllo nelle comunità residenziali.
2. Sarà effettuata una ricognizione delle procedure in materia presenti nelle RSA regionali, la predisposizione di un catalogo di buone pratiche (procedure) in materia, la loro diffusione e adozione. Questo secondo obiettivo è ricompreso direttamente nel Piano Pandemico Regionale (schede procedurali 25 e 36) e indirettamente nelle linee di lavoro previste nei Piani Nazionale e Regionale di contrasto alle AntiMicrobico Resistenze. È quindi prevista a partire dal 2021 la costituzione di un gruppo di lavoro nell'ambito del GLICA, l'individuazione di una lista delle procedure indispensabili rivolte all'*infection control*, la ricognizione della loro presenza/disponibilità nelle singole RSA, tramite raccolta informatizzata da parte della struttura regionale. Parallelamente il GLICA effettuerà una selezione delle buone pratiche (procedure) presenti in regione adattandole alla realtà delle RSA. Verrà così costituito un repository regionale a disposizione delle RSA, finalizzato alla loro adozione da parte delle RSA – se necessario – e alla successiva e periodica valutazione della loro applicazione.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Funzione AMR/ICA nella Direzione Aziendale, rete ISRI territoriale			
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Collocamento della funzione AMR/ICA in staff alla Direzione Aziendale; infermiere ISRI dedicato in tutte le unità ospedaliere per il rischio infettivo; realizzazione della rete ISRI territoriale e suo funzionamento				
ATTORI COINVOLTI	-----			
INDICATORE	Funzione AMR-ICA e rete ISRI territoriale			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Aziende ASL e ASO del SSR che hanno adottato le indicazioni/numero aziende ASL e ASO del SSR • Standard: 100% • Fonte: Direzione Aziendale 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Adozione delle indicazioni da parte delle Aziende ASL e ASO regionali (100%)	--	--	
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Ricognizione procedure presenti in RSA e repository regionale			
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Individuazione di una lista di procedure indispensabili per l' <i>infection control</i> ; rilevazione della loro presenza nelle RSA; costruzione di un repository regionale di buone pratiche e procedure				
ATTORI COINVOLTI	-----			
INDICATORE	Adozione procedure prevenzione e controllo AMR-ICA in RSA			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero RSA che hanno adottato procedure indicate e misurato l'applicazione/numero RSA • Standard: 100% • Fonte: Direzione Aziendale ASL 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Disponibilità e diffusione delle buone pratiche alle RSA	Adozione e monitoraggio dell'applicazione da parte delle RSA delle procedure indicate dal livello regionale	Adozione e monitoraggio dell'applicazione da parte delle RSA delle procedure indicate dal livello regionale	Adozione e monitoraggio dell'applicazione da parte delle RSA delle procedure indicate dal livello regionale

TITOLO AZIONE	10.5 Sorveglianza e controllo delle ICA
CATEGORIA PRINCIPALE	azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
INDICATORE OS01IS11	Sorveglianza e monitoraggio (f)
INDICATORE OS01IS16	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):
INDICATORE OS01IS17	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder	
INDICATORE OT03IT03	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Su indicazione del GLICA (gruppo di lavoro interdisciplinare per le Infezioni Correlate all'Assistenza) la Direzione Sanità, Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari, fornisce obiettivi e indicatori annuali alle Aziende Sanitarie in materia di sorveglianza, prevenzione e controllo, organizzazione e programmazione, valutandone i risultati. Questi obiettivi aziendali sono coerenti alle indicazioni del PNCAR.

Attualmente gli obiettivi aziendali comprendono, tra altro, la produzione di un programma locale comprendente rischi, obiettivi, attività e valutazione e specifico report sulle antibiotico-resistenze.

Relativamente alle sorveglianze in materia di ICA sono attualmente svolte quelle relative a:

- Infezioni Chirurgiche secondo il protocollo SNICh
- Infezioni in Terapia Intensiva (Batteriemie e VAP)
- Monitoraggio del consumo e dell'uso del gel idroalcolico

Al fine di integrare ulteriormente queste attività con quelle previste dal PNCAR attuale e futuro e, ulteriormente, con quelle nazionali che proverranno dal progetto centrale ministeriale (CCM) dedicato alle sorveglianze ICA, sarà sviluppata a partire dal 2022 una specifica programmazione regionale ICA a carattere pluriennale, sulla base e coerente con le indicazioni e le tempistiche nazionali. Tale programmazione garantirà la prosecuzione del sistema regionale di obiettivi aziendali ed indicatori annuali.

Relativamente al monitoraggio dell'uso del gel idroalcolico, oltre alla compilazione del framework WHO per l'autovalutazione e la raccolta dei consumi, per il 2021 è prevista l'indicazione regionale per l'utilizzazione dell'applicazione dedicata "Speedy audit". A partire dal 2022, è previsto a livello nazionale l'avvio della sorveglianza nazionale del consumo di gel idroalcolico che sarà recepita a livello regionale. Sarà inoltre promossa annualmente la partecipazione alla giornata internazionale per l'igiene delle mani.

TITOLO AZIONE	10.6 Monitoraggio del consumo e dell'uso degli antibiotici
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
INDICATORE OS01IS01	Sorveglianza e monitoraggio (a)
INDICATORE OS01IS02	Sorveglianza e monitoraggio (b)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;altro:Direzione Sanità, Tavoli regionali dedicati alla Prevenzione (CORP), alle AMR e alle ICA

DESCRIZIONE

Su indicazione del GLICA (gruppo di lavoro interdisciplinare per le Infezioni Correlate all'Assistenza) la Direzione Sanità, Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari, fornisce obiettivi e indicatori annuali alle Aziende Sanitarie in materia di sorveglianza, prevenzione e controllo, organizzazione e programmazione, valutandone i risultati. Tra gli obiettivi assegnati è prevista la presenza di una documentata attività di monitoraggio di alcuni antibiotici come previsti dal PNCAR. A livello nazionale è stato sviluppato un cruscotto per il monitoraggio dei consumi territoriali e uno equivalente è stato realizzato a livello regionale, a disposizione dei servizi farmaceutici aziendali. Lo sviluppo delle attività prevede dal 2022 la programmazione pluriennale degli interventi sulla base e in coerenza con le indicazioni e le tempistiche del nuovo PNCAR, comprendente le modalità di diffusione e condivisione delle informazioni di monitoraggio.

TITOLO AZIONE	10.7 Promozione del buon uso degli antibiotici in ambito umano
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
INDICATORE OS01IS01	Sorveglianza e monitoraggio (a)
INDICATORE OS01IS12	Sorveglianza e monitoraggio (g)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti	
INDICATORE OT02IT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici
OBIETTIVO OT03 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder	
INDICATORE OT03IT03	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;altro:Direzione Sanità, Tavoli regionali dedicati alla Prevenzione (CORP), alle AMR e alle ICA, Aziende del SSR

DESCRIZIONE

Su indicazione del GLICA (gruppo di lavoro interdisciplinare per le Infezioni Correlate all'Assistenza) la Direzione Sanità, Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari, fornisce obiettivi e indicatori annuali alle Aziende Sanitarie in materia di sorveglianza, prevenzione e controllo, organizzazione e programmazione, valutandone i risultati. Tra gli obiettivi assegnati alle Aziende è compresa l'implementazione e l'esito dell'attività di stewardship.

Per il 2021 è previsto, e misurato con specifici indicatori:

1. definizione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (*infection control* ospedaliero e territoriale, microbiologo, infettivologo o esperto di antimicrobico-terapia, farmacista ospedaliero e territoriale) e individuazione di un Responsabile medico esperto in antimicrobico-terapia;
2. progettazione, attuazione e valutazione almeno di una azione di miglioramento:
 - a) con interventi definiti (es richieste motivate, audit su cartelle, incontri con i clinici di discussione dei casi),
 - b) monitoraggio del trattamento di specifiche infezioni/profilassi come infezioni urinarie o polmoniti o profilassi in chirurgia, infezioni da C. difficile, trattamento di gravi infezioni, infezioni della cute o tessuti molli ecc.;
3. monitoraggio delle resistenze antimicrobiche e del consumo di antibiotici (in DDD) con restituzione dei dati ai clinici;
4. attuazione di interventi formativi;
5. partecipazione all'azione regionale di messa a punto di un Protocollo di Terapia Empirica Regionale;
6. promozione di buone pratiche nell'accertamento microbiologico:
 - a) l'azienda monitora la qualità delle procedure di esecuzione dell'emocoltura allo scopo di ridurre la contaminazione del campione e l'incidenza di "falsi positivi";

- b) l'azienda monitora l'esecuzione di un singolo prelievo nei pazienti adulti allo scopo di ridurre l'incidenza dei falsi negativi ed errate interpretazioni nei falsi positivi;
7. promozione di buone pratiche a livello territoriale.
- Sarà inoltre promossa la partecipazione alla Giornata internazionale sull'uso consapevole degli antibiotici in coerenza con le indicazioni nazionali.

TITOLO AZIONE	10.8 Interventi formativi regionali
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
INDICATORE OS01IS19	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti	
INDICATORE OT02IT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	altro:Direzione Sanità, Tavoli regionali dedicati alla Prevenzione (CORP), alle AMR e alle ICA, Aziende del SSR

DESCRIZIONE

Accanto alle attività formative comprese negli obiettivi annui assegnati alle Aziende, che prevedono l'offerta formativa annua in materia, la Regione Piemonte proseguirà la programmazione degli interventi FAD offerti al personale sanitario:

- formazione sulla lettura dell'antibiogramma, sulla farmacocinetica e farmacodinamica, offerta ai prescrittori;
- aggiornamento della FAD generale e introduttiva sulle AMR-ICA e il PNCAR, anche sulla base di un questionario ad hoc rivolto ai partecipanti della precedente FAD introduttiva. Realizzazione con Università e ordini professionali, offerta a medici veterinari e farmacisti;
- formazione generale interdisciplinare sull'approccio One Health nei confronti dell'antibiotico-resistenza, umana e veterinaria.

Sulla base del nuovo PNCAR ed indicazioni nazionali si potrà sviluppare un miglioramento dell'attività potenziando anche la distribuzione degli eventi realizzati a livello nazionale.

TITOLO AZIONE	10.9 Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario
CATEGORIA PRINCIPALE	azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
INDICATORE OS01IS06	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A
OS01IS07	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B
OS01IS08	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C
OS01IS09	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D
OS01IS13	Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a)
OS01IS14	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):
OS01IS15	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	altro:Direzione Sanità, Tavoli regionali dedicati alla Prevenzione (CORP), alle AMR e alle ICA

DESCRIZIONE

In Regione Piemonte sono individuati vari referenti a diversi livelli per la raccolta delle informazioni derivanti dalle azioni e dai piani previsti dal SSN relativi alla sorveglianza e all'utilizzo del farmaco in medicina veterinaria lungo l'intera filiera sia in ambito zootecnico sia nella clinica dei piccoli animali, nonché per l'IZS.

I Piani Nazionali previsti dal Ministero della Salute inerenti a tali tematiche sono:

- Piano Nazionale Farmacosorveglianza,
- Piano Nazionale Benessere Animale,
- Piano Nazionale Residui,
- Piano Nazionale Alimentazione Animale,
- Piano Nazionale Armonizzato EU AMR.

L'azione prevede ad un primo livello un coordinamento continuativo dei referenti dei gruppi tecnici regionali che hanno, nelle loro competenze, il monitoraggio e l'utilizzo del farmaco in medicina veterinaria e il contrasto dell'AMR.

Ad un secondo livello, si prevede il coordinamento semestrale tra rappresentanti dei gruppi di lavoro relativi agli ambiti veterinari e il Gruppo tecnico AMR (di cui alla DD n. 879 del 12/12/2019).

Il Ministero della Salute, tramite i Piani Nazionali precedentemente elencati, fornisce obiettivi regionali e indicatori annuali precisi e circostanziati relativi alla sorveglianza e al monitoraggio dell'utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria come previsto dal PNCAR. Lo sviluppo delle attività prevede, in coerenza con le indicazioni e le tempistiche nazionali:

- produzione di reportistica annuale a partire dal 2022 con dati relativi al consumo di antibiotici pervenuti dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e ricetta elettronica (REV);
- promozione dell'applicazione degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero della Salute per la definizione del DDDVet per gli antimicrobici per gli animali DPA fino al monitoraggio del 50% degli allevamenti entro il 2025 (ClassyFarm);

- classificazione del rischio delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio calcolati su specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero della Salute (ClassyFarm) con il raggiungimento del 100% delle aziende inserite sulla piattaforma entro il 2025 (ClassyFarm);
- promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario con iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali per la verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025;
- promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario mediante almeno una iniziativa annuale indirizzata agli stakeholders, coordinata con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR.

CAPITOLO 4 Programmi Liberi

4.1 PL11 Primi 1000 giorni

4.1.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL11
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Vittorina Buttafuoco
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVI TRASVERSALI DI RIFERIMENTO	MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti MO3 Incidenti domestici e stradali MO5 Ambiente, Clima e Salute MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	MO1-01 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale MO1-02 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori MO1-03 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni MO1-04 Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno MO1-05 Individuare precocemente le difficoltà dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi MO1-06 Individuare precocemente i segnali a rischio per disagio infantile MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	MO1LSa Sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni, al fine di garantire le migliori condizioni di "partenza" ai nuovi nati MO1LSb Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili MO3LSb Sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile MO3LSc Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS MO5LSp Interventi per migliorare le conoscenze e la consapevolezza pubblica sui benefici della biodiversità sulla salute umana, sui benefici allo sviluppo psico-fisico dei bambini

	<p>nell'interazione con la natura, sulla diffusione di spazi verdi e blu biodiversi, particolarmente nei contesti urbani</p> <p>MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva</p>
LEA	<p>A03 Vaccinazioni</p> <p>F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)</p> <p>F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol</p> <p>F07 Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare</p>

4.1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Il documento "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi 1000 giorni di vita" ribadisce che il miglior investimento che un Paese può fare per sviluppare la sua economia, promuovere società pacifiche e sostenibili, eliminare la povertà estrema e ridurre le disuguaglianze è proprio l'attenzione al sano inizio della vita. In letteratura, è ormai ampiamente dimostrato che anche le disuguaglianze nella salute possono caratterizzare la storia di ogni individuo sin dalle fasi più precoci della vita. È nota l'esistenza di una relazione tra lo stato di salute in età infantile e quello in età adulta, relazione che spesso consente agli svantaggi di salute sofferti nelle prime fasi della vita di conservarsi, o addirittura amplificarsi, nel corso dell'esistenza, secondo diversi modelli concettuali di spiegazione dei meccanismi. La ricerca scientifica ha gradualmente messo in luce come lo stato di salute e lo sviluppo delle potenzialità di bambine e bambini non sia solo frutto del patrimonio genetico ereditato dai genitori: un ruolo importante spetta anche ai comportamenti adottati nel periodo immediatamente precedente il concepimento e fino ai 2 anni di vita dei piccoli; un periodo che copre approssimativamente mille giorni. La promozione di fattori protettivi influenza positivamente la salute anche in età adulta e pur non potendo spesso eliminare le disuguaglianze sociali, rappresenta un fattore strategico della lotta alle disuguaglianze di salute con ripercussioni su tutto l'arco della vita.

La stima dei rendimenti di interventi nei primi 1000 giorni dimostra come gli investimenti in salute, educazione e protezione sociale producono un ritorno economico ampiamente superiore a quello prodotto da interventi effettuati nelle età successive.

Lo studio sulle disuguaglianze sociali nel percorso nascita in Piemonte evidenzia il permanere di disuguaglianze sociali durante la gravidanza e dopo la nascita. I dati supportano l'ipotesi che l'offerta di ambulatori di qualità e a bassa soglia, come i consultori familiari, sia una prima valida risposta per facilitare l'accesso alle cure alle donne socio-economicamente svantaggiate. Tali servizi si caratterizzano per l'offerta di servizi culturalmente competenti e accettati favorendo l'accesso e la qualità delle prestazioni durante la gravidanza e non solo. Inoltre, i Consultori, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, costituiscono servizi improntati a un modello di salute innovativo e hanno dimostrato una capacità di rapido adattamento all'emergenza pandemica per rispondere ai bisogni delle famiglie e ai cambiamenti legati al COVID-19.

Il profilo di salute dei primi 1000 giorni che evidenzia i tratti essenziali della salute della popolazione infantile in Piemonte è stato costruito attraverso la raccolta di dati sociodemografici, di indicatori legati ai percorsi gravidanza, nascita e crescita e ai dati emersi dalla sorveglianza di salute 0-2.

DETERMINANTI DELLA SALUTE DEI BAMBINI (dati sorveglianza 0-2)

Assunzione di acido folico

L'assunzione quotidiana di 0,4 mg di acido folico (vitamina B9), da quando la coppia comincia a pensare a una gravidanza fino alla fine del terzo mese di gestazione, protegge il bambino da gravi malformazioni congenite come i difetti di chiusura del tubo neurale (es. spina bifida, anencefalia).

In Piemonte oltre il 90% delle mamme ha assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma soltanto una quota contenuta di esse lo ha fatto in maniera appropriata.

Tra le mamme che hanno dichiarato di aver programmato o comunque non escluso la possibilità di una gravidanza, l'assunzione appropriata di acido folico è risultata significativamente meno frequente tra:

- - le meno istruite,
- - le mamme che hanno riportato difficoltà economiche,
- - le mamme nate all'estero,
- - le multipare.

Consumo di tabacco

Fumare in gravidanza aumenta il rischio di basso peso alla nascita, prematurità, mortalità perinatale, morte improvvisa in culla (SIDS), affezioni broncopulmonari, deficit mentali e comportamentali. I bambini esposti a fumo passivo hanno un rischio maggiore di malattie delle basse vie respiratorie e di episodi di asma. In Piemonte il 7,5% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza (valore significativamente maggiore rispetto alla media del 6,2% nelle 11 regioni).

La quota di fumatrici alla data dell'intervista è risultata pari al 14,0%. Tra le mamme che alla data dell'intervista stavano allattando le fumatrici sono risultate pari all'8,1%, valore poco distante da quello osservato in gravidanza.

Il consumo di tabacco in gravidanza è risultato significativamente più diffuso tra:

- - le mamme meno istruite,
- - le mamme che hanno riportato difficoltà economiche.

Alla data dell'intervista la percentuale di bambini della Regione con almeno un genitore e/o altro convivente fumatore è risultata pari al 37,2% (a fronte del 41,9% rilevato sul totale dei bambini nelle 11 regioni).

La quota di bambini potenzialmente esposti a fumo passivo scende al 26,8% se almeno uno dei due genitori risulta laureato, mentre sale al 54,5% se entrambi presentano al più la licenza media inferiore.

Consumo di bevande alcoliche

L'assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento può causare un'ampia gamma di danni al feto e al bambino comprendenti lo spettro dei disordini feto-alcolici (FASD), l'aborto spontaneo, il parto pretermine, il basso peso alla nascita, alcune malformazioni congenite, la sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS) e alcune difficoltà cognitive e relazionali.

In Piemonte il 24,1% delle mamme ha consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza (valore significativamente superiore alla media del 19,7% nelle 11 regioni partecipanti alla Sorveglianza). La percentuale si riduce se si considerano soltanto le frequenze di consumo più elevate.

Il consumo di bevande alcoliche in gravidanza (con una frequenza di almeno 1-2 volte al mese) è risultato significativamente più diffuso tra:

- - le mamme più istruite,
- - le mamme nate in Italia.

Allattamento

Evidenze degli effetti benefici dell'allattamento sia per la mamma che per il bambino sono ampiamente documentate. L'OMS e l'UNICEF raccomandano di allattare in modo esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino e di prolungare l'allattamento fino ai 2 anni e oltre (se desiderato dalla mamma e dal bambino), introducendo gradualmente cibi complementari.

In Piemonte la percentuale di bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età compiuta è risultata pari al 34,2% (discostandosi significativamente dalla media del 23,7% rilevata nelle 11 regioni), mentre un 35,3% non riceveva latte materno. Quest'ultima quota include sia i bambini che hanno smesso di assumere latte materno sia quelli che non l'hanno mai ricevuto.

Le differenze socio-economiche nella diffusione dell'allattamento esclusivo nella Regione sono state analizzate su tutti i bambini di età inferiore a 6 mesi. L'allattamento esclusivo è risultato significativamente meno diffuso tra:

- - le mamme meno istruite,
- - le mamme nate in Italia,
- - le mamme che non hanno mai seguito un CAN

Letture precoce in famiglia

Leggere regolarmente al bambino già dai primi mesi di vita contribuisce al suo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale. La pratica della lettura condivisa in età precoce aiuta inoltre a contrastare la povertà educativa e prevenire lo svantaggio socio-culturale.

Nella settimana precedente l'intervista in Piemonte non è mai stato letto un libro al 30,9% dei bambini nella fascia d'età 6-12 mesi, mentre è risultata pari a 29,5% la quota di bambini a cui sono stati letti libri tutti i giorni della settimana.

Analizzando la diffusione della lettura precoce nella Regione, quote significativamente più elevate di bambini di almeno 6 mesi di età a cui non sono stati letti libri nella settimana precedente l'intervista sono state rilevate tra:

- le mamme meno istruite,
- le mamme che hanno riportato difficoltà economiche,
- le mamme nate all'estero,
- le mamme non lettrici (nel corso dei 12 mesi precedenti l'intervista non hanno letto libri, se non per motivi strettamente scolastici o professionali).

Esposizione a schermi

Le evidenze scientifiche sui rischi per la salute psicofisica dei bambini - disturbi del sonno, emotivi, sociali - derivanti dall'uso eccessivo e/o scorretto delle tecnologie audiovisive e digitali sono in aumento. Viene raccomandato di utilizzare queste tecnologie in presenza di un adulto e di evitarne l'uso tra i bambini al di sotto dei 2 anni di vita.

In Piemonte la quota di bambini posti davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari già nei primi mesi di vita (sotto i 6 mesi di età) è risultata pari al 29,1% (a fronte di una media nelle 11 regioni del 34,3%).

Analizzando la diffusione dell'esposizione a schermi sul totale dei bambini di 0-2 anni nella Regione, quote significativamente più basse di bambini che non vengono mai esposti sono state rilevate tra:

- le mamme meno istruite,
- le mamme che hanno riportato difficoltà economiche,
- le mamme nate all'estero.

Posizione in culla

Secondo stime recenti la sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS) si manifesta con un'incidenza di 0,2 casi ogni 1000 nati vivi, rappresentando una delle principali cause di morte post neo-natale. Diversi interventi semplici ed efficaci sono stati individuati dalla ricerca scientifica al fine di ridurre il rischio; tra questi, mettere a dormire il bambino in posizione supina. La grande maggioranza delle mamme in Piemonte ha dichiarato di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su (77,2%, valore significativamente superiore alla media del 64,1% nelle 11 regioni). La quota di mamme che posiziona correttamente il bambino in culla è risultata significativamente più bassa tra:

- le meno istruite,
- le mamme che hanno riportato difficoltà economiche,
- le mamme nate all'estero,
- le mamme che non hanno mai seguito un CAN.

Vaccinazioni

Le vaccinazioni proteggono il bambino dal rischio di contrarre alcune malattie infettive che possono determinare complicanze pericolose. La Sorveglianza rileva le intenzioni delle mamme riguardo ai futuri appuntamenti vaccinali dei loro bambini.

L'81,3% delle mamme in Piemonte ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future, il 15,1% soltanto quelle obbligatorie (a fronte rispettivamente dell'80,5% e del 15,1% nel pool di regioni).

La quota di mamme della Regione che ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future è risultata significativamente più bassa tra quelle che hanno riportato difficoltà economiche.

Incidenti domestici

Il rischio di incorrere in un incidente domestico risulta elevato tra i bambini, in particolare nella fascia d'età fino a 5 anni. Tali incidenti possono essere in parte prevenuti attraverso adeguati accorgimenti.

In Piemonte ha dichiarato di essersi rivolto a un medico (pediatra o altro) e/o al pronto soccorso per un incidente domestico occorso al proprio figlio (cadute, ferite, ustioni, ingestione di sostanza nocive, ecc.) il 6,2% delle mamme di bambini di età inferiore a 6 mesi (a fronte di una media del 6,3% nelle 11 regioni). La prevalenza è risultata pari al 18,8% tra le mamme di bambini sopra l'anno di età (19,8% nel pool di regioni).

Analizzando il ricorso a personale sanitario per incidenti domestici occorsi al figlio tra le mamme di bambini di 0-2 anni nella Regione, non sono state rilevate, dallo studio delle prevalenze, differenze statisticamente significative per livello di istruzione, Paese di nascita e presenza/assenza di difficoltà economiche familiari.

Uso del seggiolino

L'utilizzo corretto dei dispositivi di protezione per il trasporto in auto dei bambini può ridurre sensibilmente il rischio di traumi e di morte a seguito di incidente stradale.

In Piemonte l'11,6% delle mamme di bambini con meno di 6 mesi di età ha riferito di avere difficoltà nel far stare il bambino seduto e allacciato al seggiolino (a fronte di una media del 14,8% nelle 11 regioni). La prevalenza sale al 27,5% sopra l'anno di età (34,2% nel pool di regioni).

Analizzando la diffusione delle difficoltà nell'uso del seggiolino sul totale delle mamme di bambini di 0-2 anni nella Regione, quote significativamente più alte di coloro che hanno riferito tali difficoltà sono state rilevate tra le mamme con difficoltà economiche.

Analisi di contesto

Nel 2020 in Piemonte sono nati poco più di 27mila bambini. Si tratta di un record negativo rispetto al passato: negli anni Cinquanta le nascite sfioravano le 40mila unità e durante il baby boom degli anni Sessanta avevano raggiunto le 65mila unità. Rispetto all'anno precedente i nati sono in diminuzione del 3% (900 bambini in meno), se si considera il decennio il calo sale al 28% (quasi 10.700 nati in meno rispetto al 2011). Il calo prosegue ininterrotto dal 2009, dopo il lieve incremento registrato per tutto il primo decennio del secolo, principalmente per l'apporto delle donne con cittadinanza straniera. Una delle principali cause del forte calo di nascite risiede nella diminuzione delle donne in età fertile che, per convenzione, si fa coincidere con la fascia di età 15-49anni: nel 2019 sono quasi 832mila, erano 971.800 nel 2010, con una variazione negativa del 14% nel decennio. Le donne con cittadinanza straniera hanno fornito un importante contributo nel sostenere la numerosità della popolazione femminile in età fertile. Nel 2019 sono 124.500, pari al 15% del totale in Piemonte, nel 2002 erano appena 44mila con un'incidenza percentuale del 4,6. In anni più recenti anche le donne con cittadinanza straniera in età feconda risultano in lieve flessione, principalmente per un effetto delle acquisizioni di cittadinanza: nell'ultimo quinquennio hanno acquisito la cittadinanza italiana e pertanto scompaiono dalle statistiche 38.370 donne tra i 18 e i 49 anni. Già alla fine del secolo scorso l'età media al parto si collocava stabilmente al di sopra dei trent'anni. Nei due decenni del nuovo secolo prosegue la crescita e si attesta, nel 2019, a 32,1. Permangono differenze per cittadinanza. L'età media al parto delle donne con cittadinanza straniera è 29,4, in progressiva crescita (era 27,5 nel 2005). Più elevata quella delle donne italiane, corrispondente ad un'età di 32,8 (IRES, Note brevi sul Piemonte – N. 4/2021)

Caratteristiche socio demografiche

Secondo i dati CEDAP (Nascere in Piemonte 2006 - 2016 2° Rapporto sui dati di nascita - Assessorato Sanità) la distribuzione territoriale per titolo di studio materno risulta relativamente omogenea. Le madri, indipendentemente dalla nazionalità, sono mediamente più istruite dei padri. Tra le gestanti piemontesi, oltre la metà dichiara di essere occupata, seguite da casalinghe e disoccupate.

Il percorso nascita regionale

L'assistenza alla gravidanza, parto e neonato è un Livello Essenziale di Assistenza (LEA) realizzato attraverso una serie di servizi sanitari (Consultori, Ambulatori, Punti Nascita, Terapie Intensive Neonatali (TIN), Servizio Trasporto Assistito Materno (STAM), Servizio Trasporto Emergenze Neonatali (STEN)),

di strumenti (Agenda di Gravidanza (AdG)) e di prestazioni inserite nei profili assistenziali condivisi tra servizi ospedalieri e territoriali (Screening prenatale, Ecografie, Bilancio di Salute (BdS) delle 36-37 settimane, Incontri Accompagnamento Nascita (IAN).

È stata recentemente effettuata un'analisi dei CedAP piemontesi compilati dal 2006 al 2016 finalizzata a valutare l'impatto sul Percorso Nascita regionale di alcuni determinanti sociali (istruzione, condizione sociale, cittadinanza) tentando di individuare l'adesione all'offerta da parte di sottogruppi di donne/coppie potenzialmente a rischio di assistenza non adeguata. Le caratteristiche sociodemografiche della donna, sono l'età, il livello di istruzione, la condizione professionale e la cittadinanza. Il livello di istruzione medio-basso è un importante indicatore del disagio sociale e culturale della famiglia e risulta, già da tempo, significativamente associato sia ad un utilizzo non ottimale dei servizi prenatali sia a peggiori esiti perinatali.

Per quanto riguarda la condizione occupazionale, l'attività lavorativa può esporre a rischi per la gravidanza (legati a fattori psicosociali o ad agenti fisici e chimici), mentre la condizione di disoccupazione aumenta i rischi per la salute perinatale, associati al basso reddito dei genitori e per l'assenza di una rete sociale più ricca in cui le donne potrebbero trovare risorse supplementari di informazioni in merito alla propria gravidanza. Allo svantaggio legato alle condizioni socioeconomiche si affianca quello legato alla cittadinanza, in cui possono entrare in gioco ulteriori fattori culturali, sociali e genetici. La popolazione immigrata è spesso caratterizzata da maggior disagio socioeconomico e culturale (per alcune donne straniere anche un alto livello di istruzione può perdere il suo potenziale effetto protettivo, in quanto il titolo di studio è spesso non riconosciuto o non valorizzato abbastanza da permettere un inquadramento professionale conseguente) e, a questo, possono contribuire barriere legate alla conoscenza, accettabilità, disponibilità e costo dei servizi. Ne deriva un'inappropriata adesione all'offerta (accesso tardivo, numero insufficiente di controlli, mancata prevenzione) e, di conseguenza, più frequenti esiti negativi per la salute materna e neonatale. Dall'analisi dei CedAP piemontesi risulta che le donne che hanno scelto di ricevere l'assistenza in un servizio pubblico sono aumentate molto in seguito all'introduzione del nuovo percorso nascita (da meno del 10% fino al 2010 al 40% negli anni successivi) e tale preferenza riguarda soprattutto le donne più giovani, meno istruite, in condizione professionale non attiva, straniere.

Agenda di gravidanza

L'Agenda della Gravidanza è il documento che la Regione fornisce a tutte le donne che iniziano una gravidanza per offrire le informazioni sul Percorso Nascita regionale, il diario clinico che realizza il collegamento tra i diversi professionisti che seguono la gravidanza, il parto, il puerperio e il neonato, e le impegnative per accedere agli esami previsti nel monitoraggio della gravidanza fisiologica. Costituisce uno strumento di prevenzione ottimale in quanto raggiunge tutte le donne in gravidanza presenti sul territorio regionale e veicola informazioni scientificamente corrette per la salute nei primi 1000 giorni.

Epoca della prima visita

Raccomandata entro la dodicesima settimana gestazione, per ragioni cliniche (sierologia per toxoplasmosi e rosolia, datazione esatta, assunzione di acido folico, accesso al programma di screening neonatale, consulenza su stili di vita quali fumo e consumo di alcolici, valutazione di eventuali ambienti di lavoro a rischio): le donne straniere e le molto giovani presentano maggiori difficoltà di accedere ai servizi entro il primo trimestre. In particolare si è osservato che nelle coppie composte da entrambi genitori stranieri, il rischio di accesso tardivo è circa il 12% e si dimezza nel caso di coppie miste, verosimilmente perché quando uno dei partner è italiano ha una maggiore dimestichezza col servizio sanitario. Infine si nota una peculiarità delle donne di età maggiore di 34 anni, che hanno eccessi di rischio significativi sia di effettuare poche ecografie sia di effettuarne troppe (rispettivamente, 13% e 6% in più rispetto alle donne di 30-34 anni).

Numero di visite e di ecografie

Per quanto riguarda il numero di visite e di ecografie effettuate durante la gravidanza, si osserva che le donne più giovani e di più basso livello socioeconomico (con basso titolo di studio e non occupate) sono

più frequentemente esposte a una scarsa assistenza rispetto a quella raccomandata. A parità di condizioni socioeconomiche, le donne immigrate hanno un eccesso di rischio di effettuare un numero insufficiente di visite e di ecografie, rispettivamente del 48% e del 76%. Tale dato potrebbe significare una positiva demedicalizzazione della gravidanza, negli ultimi anni raccomandata da linee guida e associazioni di professionisti i quali chiedono di valorizzare il percorso fisiologico e non far vivere alle coppie la gravidanza come una malattia.

Test di screening prenatale

Relativamente ai test di screening, si osserva, nel tempo, un notevole aumento dell'adesione. Resta una quota di donne che non effettua alcun test, nel 2018 ammonta al 12% tra quelle fino a 35 anni e al 9% dai 35 anni in su. La tendenza a non sottoporsi ad indagini prenatali riguarda soprattutto le donne straniere e le casalinghe; tra le donne con più di 35 anni, le meno istruite hanno una probabilità di non effettuare indagini prenatali più alta del 16% rispetto alle più istruite.

Incontri di accompagnamento alla nascita

Sono state documentate importanti correlazioni positive tra partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita ed indicatori di esito quali minore ricorso al taglio cesareo, accettazione di una visita domiciliare, conoscenza dei metodi di procreazione responsabile, allattamento al seno. Le raccomandazioni delle linee regionali di indirizzo propongono una più stretta collaborazione tra i servizi che erogano IAN, la cui frequenza è molto maggiore tra le donne italiane che tra le straniere.

Bilancio di salute a 36-37 settimane di gravidanza

In Piemonte il Bilancio di Salute delle 36-37 settimane è stato istituito a partire dal 2008 (DGR Percorso Nascita). I valori delle analisi seguenti sono stati calcolati al netto delle gravidanze esitate in parto pretermine e delle gravidanze patologiche o "a rischio", nelle quali la presa in carico da parte del PN può avvenire più precocemente. La percentuale di donne con gravidanza fisiologica e parto a termine che hanno fatto il Bds alla 36-37 settimana di e.g. presso il PN prescelto è aumentata sensibilmente nei primi anni dalla istituzione, ma continua ad aumentare leggermente ogni anno, fino a raggiungere il 65% nel 2016.

Età gestazionale al parto

Prendendo in esame l'indicatore sull'età gestazionale al parto, si osserva che il parto pretermine risulta significativamente più frequente nelle donne con più di 35 anni, tra le meno istruite, in altra condizione non attiva e nelle donne straniere.

Peso alla nascita

Per quanto riguarda l'adeguatezza del peso dei neonati, si osserva un maggior rischio di nati di basso peso per età gestazionale (SGA) e di alto peso per età gestazionale (LGA) tra le donne con più di 35 anni: in particolare, le donne meno istruite (specie con il livello più basso) e le non occupate (in condizione diversa da casalinga) hanno una maggiore probabilità di neonati SGA mentre le donne provenienti da PFPM hanno maggiore probabilità di avere un neonato LGA.

Contatto pelle-pelle e attaccamento al seno nelle prime due ore dalla nascita

La promozione dell'allattamento materno è considerata da tempo una priorità di salute pubblica, tale da essere espressamente indicato dall'UNICEF come un diritto nell'art. 24 della convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e adolescenza. L'OMS, per il raggiungimento dell'obiettivo che i bambini siano allattati al seno in maniera esclusiva fino al compimento del 6° mese di vita, raccomanda l'avvio precoce dell'allattamento al seno attraverso la messa in contatto pelle-pelle appena il bambino è uscito dal canale del parto. Nell'arco 2006-2016 l'andamento della messa al seno precoce è rimasto praticamente invariato intorno al 70% dei neonati.

Mortalità materna e perinatale

Da studi nazionali ed internazionali emergono fragilità anche in campo di mortalità materna (morte di una donna in gravidanza o entro 42 giorni dalla fine della medesima in seguito ad aborto spontaneo, interruzione volontaria di gravidanza, gravidanza extrauterina o parto): i dati del sistema di Sorveglianza

ostetrica (www.epicentro.iss.it/itoss) mostrano, in Italia, un eccesso di rischio del 28% tra le straniere rispetto alle italiane (soprattutto le gestanti di origine asiatica), oltre il doppio per le donne di tutte le nazionalità di età superiore ai 35 anni, e sempre per tutte le nazionalità, quasi il triplo in caso di basso titolo di studio.

Interruzioni volontarie di gravidanza

In totale nel 2018 sono state notificate 76.328 IVG, confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno (-5,5% rispetto al 2017) a partire dal 1983. Questo è il quinto anno in cui è stato notificato un totale di IVG inferiore a 100mila casi; il numero delle IVG è più che dimezzato rispetto ai 234.801 casi del 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. Dopo un aumento importante nel tempo, le IVG tra le donne straniere si sono stabilizzate e negli ultimi anni hanno mostrato una tendenza alla diminuzione. Offrire consulenze sulla pianificazione familiare (anche in occasione del percorso nascita o di un'IVG al fine di evitare il ripetersi dell'intervento) per promuovere un maggior uso dei metodi contraccettivi, inclusa la contraccezione d'emergenza, è un sistema efficace per orientare anche le donne straniere nel trovare il metodo per loro più efficace ed accettabile.

4.1.3 Scheda di programma

Descrizione

La conoscenza dei principali fattori protettivi e di quelli di rischio per la salute nei primi mille giorni di vita – che vanno all'incirca dal concepimento al secondo anno di età del bambino – può cambiare radicalmente le prospettive di salute dei propri figli, da piccoli e da adulti. Inoltre, dal momento che gli effetti dell'esposizione a taluni fattori ambientali (sostanze inquinanti come anche ambienti di crescita avversi e poveri dal punto di vista educativo) si possono manifestare molto avanti nel tempo (in termini di patologie, ma anche di fallimenti scolastici, difficoltà di integrazione sociale etc.), l'attenzione che merita questo periodo può fare davvero la differenza per le generazioni che verranno. Questa convinzione, basata su evidenze scientifiche, è stata alla base della decisione di inserire un programma libero del PRP della Regione Piemonte su questo target di popolazione.

È stato dimostrato che un approccio *life-course* è un investimento in salute e benessere e i fattori di stress ambientali durante lo sviluppo intrauterino svolgono un ruolo chiave nel determinare lo sviluppo funzionale e i futuri rischi di malattie. L'azione deve pertanto concentrarsi sul periodo preconcezionale, sulla gravidanza, sullo sviluppo del feto e sulle fasi della vita più vulnerabili (Minsk Declaration, 2015: 3-4).

Nel 2018 è stato pubblicato il Nurturing Care Framework, un documento di rilevanza internazionale elaborato dall'OMS in collaborazione con Unicef, Banca Mondiale, Partnership per la Salute materno-infantile e numerosi altri partner. Intento del documento è fornire indicazioni e raccomandazioni operative su come investire nelle prime fasi della vita, a partire dal concepimento fino al terzo anno di vita. L'approccio del Nurturing Care Framework è basato sulla riduzione dei fattori di rischio attraverso un incremento delle capacità genitoriali trasversali (capacità di ascolto, responsività, comprensione dei bisogni del bambino, ...) e particolare attenzione viene posta al fornire ai genitori strumenti adatti ad incrementare gli stimoli cognitivi, sensoriali e affettivi offerti al bambino. L'attenzione è rivolta in particolar modo alle comunità più svantaggiate, in cui le minacce allo sviluppo infantile precoce sono maggiori, e ai bambini con disabilità o problemi di sviluppo, rispetto ai quali il NCF propone di creare politiche, programmi e servizi più individualizzati.

Le componenti fondamentali per uno sviluppo ottimale individuate dal NCF sono:

1. Buono stato di salute
2. Alimentazione adeguata
3. Genitorialità responsiva

4. Opportunità di apprendimento precoce
5. Protezione e sicurezza

A queste cinque componenti si associano cinque azioni strategiche:

1. Assicurare leadership e risorse
2. Focalizzarsi sulle famiglie e le loro comunità
3. Rafforzare i servizi
4. Monitorare i progressi
5. Utilizzare dati e informazioni e innovare.

Per quanto riguarda la valutazione degli interventi a supporto della genitorialità, gli studi teorici hanno dimostrato il ruolo chiave del comportamento dei genitori nel modulare il comportamento dei figli, fin dai primi mesi di vita. La convergenza delle teorie di base con obiettivi e strategie di promozione della salute ha permesso di sviluppare interventi di popolazione in grado di rendere fruibili al singolo genitore programmi formativi d'impatto rilevanti, anche grazie al coinvolgimento capillare dei pediatri, dei servizi sociali e delle reti locali.

Fin dal 2007 la Regione Piemonte ha aderito al programma nazionale Genitori Più per la promozione della salute nei primi anni di vita, promuovendo interventi di supporto della genitorialità mirati a promuovere la salute fisica, lo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo dei bambini (da 0 a 3 anni) oltre che il benessere psicofisico dei genitori, cercando di ridurre e contrastare le disuguaglianze di salute.

Il progetto regionale "Promozione e sostegno dell'allattamento al seno", avviato fin dal 1997 sul territorio regionale con il coinvolgimento di ostetriche e ginecologi, infermiere, puericultrici e assistenti sanitarie, neonatologi e pediatri di famiglia, psicologhe e neuropsichiatri infantili, operatori socio-sanitari, ha certamente contribuito al costante incremento dell'allattamento materno esclusivo registrato in Piemonte negli ultimi anni. Inoltre la Regione Piemonte ha aderito, sin dagli inizi, al progetto nazionale "Nati per leggere", sviluppato dall'Associazione Culturale Pediatri, l'Associazione Italiana Biblioteche e il Centro per la Salute del Bambino onlus, con l'obiettivo di promuovere la lettura precoce in famiglia con bambini da zero a sei anni, esperienza importante per la salute e lo sviluppo del bambino.

A partire dal 2015 queste tematiche sono state assunte dagli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione, nell'ottica di sviluppare una strategia *life-course* e multidisciplinare degli interventi precoci in particolare nei setting della comunità e del servizio sanitario, in sinergia con altre azioni rivolte al sostegno all'allattamento e alla prevenzione degli incidenti domestici.

Nell'ambito del precedente Piano Regionale di Prevenzione, è stata sperimentata in alcuni territori la costruzione del "Profilo dei primi 1000 giorni di vita dei bambini": un profilo di salute dettagliato a livello di distretto/comune, alimentato da dati epidemiologici scelti in particolare per monitorare l'andamento dei fattori di protezione dello sviluppo del bambino, le peculiarità ambientali, le caratteristiche demografiche, sanitarie, sociali, economiche delle famiglie dei bambini, ma anche il capitale sociale del territorio in cui vivono. Il profilo è stato costruito in modalità partecipata, coinvolgendo tutti gli attori del territorio, con l'obiettivo di supportare i decisori nella programmazione di interventi precoci efficaci e nella valutazione delle priorità.

Quindi, in continuità con il precedente Piano, il programma si propone di supportare le famiglie e i bambini nel percorso che va dalla gravidanza ai primi due anni di vita attraverso azioni che vedono protagonisti gli operatori socio-sanitari, il terzo settore e gli enti locali senza dimenticare la partecipazione della popolazione target. Particolare attenzione sarà posta ai determinanti della salute dei bambini secondo le linee guida di "Genitori più" (www.genitoripiu.it), agli inquinanti ambientali e al rapporto con la natura. Inoltre un'azione svilupperà le relazioni e la progettazione partecipata con i centri Relazioni e Famiglie e tutto il terzo settore che si occupa di accompagnamento alla genitorialità. Il programma Genitori Più è stato la base per costruire il sistema di sorveglianza 0-2, che è stato disegnato per raccogliere dati attraverso un questionario compilato dalle mamme nei servizi vaccinali, al fine di produrre indicatori che consentano confronti territoriali e intertemporali. La sorveglianza è stata effettuata nel 2019, a seguito di un progetto di ricerca (2014-2016) che ha messo in evidenza una grande variabilità dell'esposizione a comportamenti protettivi o a comportamenti a rischio sottolineando la presenza di un ampio margine di azione e di miglioramento, soprattutto nell'ottica di lavorare sulla riduzione delle disuguaglianze territoriali e sociali.

È risaputo inoltre che Il coinvolgimento precoce del padre nella genitorialità migliora la salute psico-fisica del bambino e della madre; facilita l'allattamento; contribuisce al raggiungimento della parità fra i sessi; diminuisce le probabilità di violenza domestica; crea fin dall'inizio un forte legame affettivo padre-figlio, che a sua volta ha esiti positivi sullo sviluppo cognitivo, sociale e affettivo del bambino/a. I padri attivi hanno un'influenza positiva sullo sviluppo dei bambini, specialmente sulla curiosità e il relazionarsi con l'ambiente, sull'autostima e sull'autonomia (Huber 2010; Grossmann & Grossmann 2012). Inoltre hanno un'influenza positiva su empatia, abilità sociali, rendimento scolastico e capacità di problem solving.

I servizi che si occupano della gravidanza, della nascita e dei primi anni di vita giocano un ruolo da non sottovalutare nella progettazione delle forme della famiglia. L'obiettivo è quindi quello di sostenere gli uomini, come le madri, in un buon inizio di paternità. Le offerte hanno lo scopo di fornire informazioni e spazio per la discussione personale sulla progettazione e l'accordo dei vari ruoli di padre, partner e lavoratore. Per gli uomini, frequentare un corso di preparazione al parto può avere un effetto positivo sull'importante inizio della vita familiare. Gli uomini vanno incoraggiati a partecipare alla cura del bambino già durante il puerperio e a cercare consapevolmente l'assunzione di responsabilità per fornire alla madre pause di riposo. È importante integrare l'ottica di genere nelle sue varie declinazioni dalla consulenza sulla gravidanza, alla preparazione al parto e alla cura del bambino. Ciò significa che i background culturali, le diverse situazioni di vita, i diversi interessi delle donne e degli uomini devono essere presi in considerazione in tutti i servizi e le organizzazioni interessate. L'attenzione alla paternità consapevole e all'ottica di genere è stata dunque inserita in tutte le azioni del programma.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Sorveglianza 0-2

https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/RAPPORTO_FINALE_SORVEGLIANZA_BAMBINI_0_2_anni.pdf

https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2020-12/report_piemonte_zerodue_18_19.pdf

La Campagna Nazionale "GenitoriPiù" un progetto promosso dal Ministero della salute e preso come riferimento per le iniziative sui primi 1000 giorni di vita sia a livello programmatico che come sorveglianza.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?ua=1>

<https://www.dors.it/documentazione/testo/201810/Nurturing%20care-italiano.pdf>

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>

https://www.dors.it/alleg/newcms/201503/Dossier_DisPrimaInfanziaOK.pdf

Prevenzione all'esposizione ad inquinanti ambientali

<https://www.who.int/publications/i/item/air-pollution-and-child-health>

OMS - "Health 21"¹ è importante investire sulla salute nelle fasi precoci della vita. Consulenze genetiche, buone pratiche alimentari, rinuncia all'assunzione di tabacco durante la gravidanza e pratiche mediche prenatali favoriscono migliori condizioni fisiche alla nascita: riduzione di basso peso e anomalie congenite.

UNICEF ha identificato, in coerenza con OMS, i principali requisiti per costruire ambienti favorevoli alla salute sia per gli ospedali sia per le comunità.

1) https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf

2) <http://www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm>

3) <http://www.unicef.it/doc/5848/comunita-amiche-dei-bambini.htm>

4.1.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PL11_OT02	Promozione del benessere nei primi 1000 giorni di vita e sostegno alla genitorialità attraverso tavoli intersettoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target			
INDICATORE PL11_OT02_IT07	Accordi intersettoriali			
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario			
Standard	Almeno un tavolo intersettoriale entro il 2022; almeno 1 accordo entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Almeno un tavolo intersettoriale	--	--	Almeno un accordo
Fonte	Regione Piemonte			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PL11_OT03	Realizzazione di percorsi formativi sui determinanti della salute dei bambini			
INDICATORE PL11_OT03_IT03	Formazione (A)			
formula	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali			
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno un percorso formativo	Realizzazione di almeno un percorso formativo	Realizzazione di almeno un percorso formativo	Realizzazione di almeno un percorso formativo
Fonte	Regione			
INDICATORE PL11_OT04_IT04	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN			
formula	Disponibilità di un programma di interventi di formazione sui temi ambiente, clima e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, temi della valutazione e gestione del rischio chimico, ecc., per operatori interni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori del SNPA, anche attraverso modalità via web (FAD)			
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno un percorso formativo	Realizzazione di almeno un percorso formativo	Realizzazione di almeno un percorso formativo	Realizzazione di almeno un percorso formativo
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PL11_OT06	Revisione, traduzione multilingue e distribuzione in luoghi sensibili del materiale "Maneggiare con cura" e produzione di nuovo materiale rispetto ai temi del programma.			
INDICATORE PL11_OT06_IT06	Comunicazione ed informazione			
formula	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)			
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024			

	2022	2023	2024	2025
Valori attesi annuali	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di comunicazione sociale	Realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale a carattere sperimentale	Realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale	Realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PL11_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
INDICATORE PL11_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.1.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PL11_OS01	Promuovere e sostenere l'allattamento al seno			
INDICATORE PL11_OS01_IS01	Adesione alla settimana mondiale dell'allattamento al seno			
formula	Adesione			
Standard	Pubblicazione del materiale riguardante la giornata dell'allattamento al seno sul sito della Regione ogni anno a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Presenza del materiale riguardante la giornata dell'allattamento al seno sul sito della Regione	Presenza del materiale riguardante la giornata dell'allattamento al seno sul sito della Regione	Presenza del materiale riguardante la giornata dell'allattamento al seno sul sito della Regione	Presenza del materiale riguardante la giornata dell'allattamento al seno sul sito della Regione
Fonte	Sito istituzionale Regione Piemonte			
OBIETTIVO PL11_OS02	Sviluppare interventi precoci sulle tematiche ambientali in gravidanza e nei primi anni di vita			
INDICATORE PL11_OS02_IS02	Presenza di un gruppo di lavoro ambiente			
formula	Costituzione del gruppo			
Standard	Operatività del gruppo			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Costituzione del gruppo	Predisposizione del materiale divulgativo	Progettazione percorsi formativi	Erogazione percorsi formativi
Fonte	Regione Piemonte			
OBIETTIVO PL11_OS05	Favorire l'integrazione e l'accesso ai servizi per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita			
INDICATORE PL11_OS05_IS04	Presenza di linee di indirizzo per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita			
formula	presenza delle linee di indirizzo			
Standard	definizione, stesura, pubblicazione e disseminazione delle linee di indirizzo			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	Analisi dati	Pubblicazione delle linee di indirizzo	Disseminazione delle linee di indirizzo
Fonte	Regione Piemonte			

4.1.6 Azioni

TITOLO AZIONE	11.1 Strategie intersettoriali per il sostegno e l'accompagnamento alla genitorialità
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Promozione del benessere nei primi 1000 giorni di vita e sostegno alla genitorialità attraverso tavoli intersettoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target.	
INDICATORE OT02IT07	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;età adulta
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Per lo sviluppo della salute dei bambini e delle bambine e la prevenzione delle malattie croniche è molto importante che i neo genitori possano usufruire di percorsi di accompagnamento e sostegno in modo da garantire un buon inizio per tutti e tutte. Infatti è documentato che gli interventi precoci rendono più facile l'acquisizione di nuove competenze in età successive, la costruzione della fiducia in sé stessi e la motivazione all'apprendimento oltre a sviluppare un miglior potenziale di salute soggettivo.

La WHO ha più volte ribadito l'importanza di investire su questo periodo dell'esistenza poiché «è essenziale che ogni bambino possa avere una buona partenza nella vita. Questo garantisce che tutti possano realizzare il loro potenziale, con equità e dignità» (WHO 2018: 26).

L'azione intende pertanto promuovere strategie di promozione della salute attraverso l'alleanza tra i servizi sanitari (Ospedali, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Materno-Infantile, PLS, Distretti), i Centri per le Famiglie, gli Enti del territorio e il Terzo Settore (es. Spazio famiglia, Nidi, Biblioteche, Family hub, Sportelli di ascolto) con l'obiettivo di migliorare l'offerta di servizi di sostegno e accompagnamento alla genitorialità coinvolgendo nel percorso anche la popolazione target in un'ottica di engagement di comunità.

L'azione si prefigge di raggiungere la popolazione più fragile e "invisibile" per diminuire le disuguaglianze, individuare bisogni e risorse, costruire sinergie tra gli attori coinvolti.

A livello regionale sarà costituito un tavolo intersettoriale "Mille giorni" che coinvolga i settori interessati.

A livello locale sono previste le seguenti tappe:

- mappatura di offerte e servizi territoriali orientati al sostegno alla genitorialità;
- costruzione di reti attraverso strategie che facilitino percorsi partecipati con la popolazione target;
- formazione congiunta degli attori della rete su tematiche inerenti i primi mille giorni di vita, in particolare al counselling breve (v. PL12);
- costruzione di un tavolo di progettazione congiunta (con tutti gli attori, comprese le famiglie) di azioni efficaci per il sostegno e accompagnamento alla genitorialità e la promozione di stili di vita, che utilizzi le lenti dell'equità.

L'esito dell'azione sarà la definizione in ogni ASL di un catalogo dettagliato che descriva opportunità e servizi e che metta in luce e integri le specificità di ogni attore del tavolo.

TITOLO AZIONE	11.2 Promozione dell'allattamento materno
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Promuovere e sostenere l'allattamento al seno	
INDICATORE OS01IS01	Adesione alla settimana mondiale dell'allattamento al seno
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia; donne in età fertile
SETTING	comunità; servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria; comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'allattamento è la norma biologica per la specie umana, il modo normale di nutrire i neonati e rappresenta una pratica che agisce in maniera determinante sulla salute degli individui e, dunque, delle popolazioni. Tra le strategie di promozione della salute, il sostegno dell'allattamento materno costituisce un paradigma per diverse ragioni:

- per l'empowerment: poiché le risorse su cui si conta sono quelle della madre, del bambino e di chi è accanto alla diade mamma-bambino nei primi periodi dopo la nascita. L'intervento dell'operatore sanitario deve mirare a sostenerle senza sostituirsi e rispettando le conoscenze del gruppo culturale di riferimento;
- per l'intersectorialità, a più livelli, infatti la promozione dell'allattamento non può essere appannaggio di un solo servizio: tutti gli attori istituzionali presenti intorno a madre e bambino (fin da prima del concepimento, per tutto il percorso nascita e i primi anni di vita) giocano un ruolo determinante. Le azioni di promozione dell'allattamento coinvolgono fortemente anche altri settori della società, che si occupano della conciliazione dei tempi vita/lavoro consoni al compito biologico, e mirano a promuovere una cultura favorente l'allattamento al seno e la qualità dei progetti di salute pubblica che lo promuovono.

Dai dati raccolti dalla Sorveglianza 0-2, si può affermare che in Piemonte sono state rilevate prevalenze di allattamento più elevate rispetto alle medie registrate nelle 11 regioni partecipanti alla sorveglianza. Nella nostra regione la percentuale di bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età compiuta è risultata pari al 34,2% (discostandosi significativamente dalla media del 23,7% rilevata nelle 11 regioni). Si rileva altresì che a quell'età il 35,3% non riceve latte materno. Sono risultate statisticamente significative le associazioni dell'allattamento esclusivo con il livello di istruzione, il Paese di nascita e la partecipazione a un corso di accompagnamento alla nascita, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze.

I risultati ottenuti, tuttavia, rispetto alle raccomandazioni generali dell'OMS (allattamento esclusivo fino a 6 mesi e complementare fino a due anni e oltre se mamma e bambino lo desiderano), ci dicono che solo poco più di un terzo (34,2%) dei bambini nella fascia di età 4-5 mesi è allattato in maniera esclusiva e solo 4 bambini su 10 (40,8%) tra 12 e 15 mesi assumono latte materno. I risultati confermano dunque la necessità di un'azione continua di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento da avviare prima del concepimento e proseguire fino ai primi anni di vita del bambino.

La variabilità dell'allattamento al seno nell'ambito delle realtà regionali è verosimilmente e almeno in parte in relazione ad un diverso impegno nei programmi di promozione dell'allattamento materno, compresa la formazione del personale delle strutture sanitarie. Anche l'implementazione della Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) e della Baby Friendly Community Initiative (BFCI) presenta attualmente un gradiente Nord-Sud, con le strutture certificate come amiche del bambino concentrate nell'Italia centro-settentrionale (Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni

standard per l'Unione Europea http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1618_allegato.pdf). A questo proposito le BFHI e BFCI promosse da Unicef e OMS contengono tutti gli ingredienti per essere un vero e proprio modello di riferimento, in quanto prevedono il coinvolgimento attivo di tutte le componenti (madri, operatori, decisori, attori della comunità), la dichiarazione formale degli obiettivi, l'informazione e la formazione, il cambiamento organizzativo, dei punti nascita e dei territori, l'accessibilità per tutti e la valutazione. Per approfondimenti: <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/ospedale-amico-bambini/>, <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/comunita-amica-bambini/>

Dunque è importante che le famiglie incontrino nei servizi personale formato sul sostegno e la promozione dell'allattamento, pertanto le attività dell'azione saranno orientate alla ricognizione del personale già formato.

A livello regionale si intende promuovere annualmente iniziative collegate alla settimana mondiale dell'allattamento al seno (1-7 ottobre).

A livello locale si prevede:

- per ogni ASL, ricognizione dei formatori per il corso delle 20 ore e valutazione dei bisogni formativi e della necessità di nuovi formatori;
- almeno 1 corso l'anno di formazione 20 ore per operatori dedicati;
- almeno 1 corso l'anno di formazione per operatori coinvolti e informati (secondo le raccomandazioni contenute nel documento *La formazione del personale sanitario sull'allattamento* del Ministero della Salute);
- aggiornamento annuale della mappatura dei punti di sostegno all'allattamento di ogni ASL.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	11.3 Azione sui determinanti di salute del bambino
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, ecc
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS05 Favorire l'integrazione e l'accesso ai servizi per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita	
INDICATORE OS05IS04	Presenza di linee di indirizzo per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT01IT01	Lenti di equità
OBIETTIVO OT03 Realizzazione di percorsi formativi sui determinanti della salute dei bambini	
INDICATORE OT03IT03	Formazione (A)
OBIETTIVO OT06 Revisione, traduzione multilingue e distribuzione in luoghi sensibili del materiale "Maneggiare con cura" e produzione di nuovo materiale rispetto ai temi del programma.	
INDICATORE OT06IT06	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	infanzia;età adulta
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Nel febbraio 2020 la Conferenza Stato-Regioni nell'approvare il documento di riferimento scientifico culturale "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi 1000 giorni di vita" ribadisce che il miglior investimento che un Paese può fare per sviluppare la sua economia, promuovere società pacifiche e sostenibili, eliminare la povertà estrema e le ridurre le disuguaglianze è proprio l'attenzione al sano inizio della vita. <http://www.statoregioni.it/media/2467/p-3-csr-rep-n-15-20feb2020.pdf>

Per raccogliere informazioni sui principali determinanti di salute e programmare le azioni di prevenzione si è svolta tra dicembre 2018 e aprile 2019 in Piemonte, come nel resto d'Italia, la prima raccolta dati per la "sorveglianza nazionale sui determinanti di salute nella prima infanzia". Sono state raccolte informazioni su aspetti relativi alla salute del bambino, quali l'assunzione dell'acido folico prima della gravidanza, il consumo di tabacco e alcol in gravidanza e in allattamento, l'allattamento al seno, la posizione corretta in culla, la lettura ad alta voce, la sicurezza in auto e in casa. Le informazioni vengono raccolte tramite un questionario somministrato alle madri in occasione delle sedute vaccinali. I risultati del rapporto descrivono in Piemonte ambiti di miglioramento che riguardano, con diversa importanza, tutti i determinanti. L'analisi dei dati ha evidenziato come tutti questi determinati (tranne il consumo di alcol) siano collegati alle disuguaglianze di reddito, di istruzione e, in alcuni casi, di appartenenza culturale.

L'azione equity-oriented intende sostenere il cambiamento dei comportamenti relativi ai diversi aspetti citati attraverso l'aumento della consapevolezza degli operatori socio-sanitari dell'importanza di raggiungere, attraverso strategie efficaci, quegli strati di popolazione più invisibili e difficili. Inoltre, attraverso la messa a punto di strumenti e buone pratiche si intende migliorare le relazioni con le famiglie più fragili e costruire approcci *tailor made*. Sarà di fondamentale importanza che il tavolo intersettoriale si interroghi sui vari interventi che vengono realizzati utilizzando le lenti dell'equità. Spesso sono proprio gli operatori del terzo settore quelli che riescono più facilmente a raggiungere le fasce di popolazione più fragili e dunque sarà molto importante poter costruire percorsi e sinergie su questi temi.

A livello regionale si prevede:

- l'elaborazione di linee di indirizzo regionali per incontri di accompagnamento lungo i primi 1000 giorni che includa incontri preconcezionali, per il percorso nascita e poi per i primi 2 anni (allattamento, Nati per leggere, vaccinazioni, ecc.), in coerenza con le Linee di indirizzo regionali per gli incontri di accompagnamento alla nascita del 2013;
- la formazione sul counselling breve (v. PL12) rivolta agli operatori coinvolti nella consegna dell'agenda di gravidanza, quale momento opportunistico;
- la produzione di materiale informativo per l'agenda di gravidanza in lingue diverse con QR code;
- la formazione specifica agli operatori consultoriali sull'esposizione agli schermi;
- la somministrazione di un questionario agli operatori socio-sanitari e PLS sulla conoscenza delle disuguaglianze e delle connessioni con i determinanti della salute, da ripetersi nel 2025 per valutare l'impatto dell'azione in termini di miglioramento delle conoscenze.

A livello locale, il tavolo costituito nell'ambito dell'azione "Costruzione di strategie intersettoriali per il sostegno e accompagnamento alla genitorialità" dovrà introdurre le lenti dell'equità per favorire gli obiettivi sopra descritti. Si lavorerà per la costruzione di accordi locali per promuovere la lettura ad alta voce anche nella lingua di origine dei genitori, nel caso provenissero da altri paesi. Il bilinguismo è una grande opportunità: chi conosce due o più lingue è cittadino del mondo, ha maggiori opportunità di lavoro e di scambio, mantiene una mente aperta e flessibile. Tuttavia, quando il bilinguismo include una "lingua immigrata", le lingue materne vengono per lo più ignorate, rimosse e considerate come un ostacolo all'apprendimento dell'italiano; spesso si invitano le famiglie a parlare, con i bambini molto piccoli, in italiano, anche se lo conoscono poco, limitando in tal modo la possibilità di esprimere sentimenti ed emozioni attraverso simboli e linguaggio non verbale. La pensabilità e la dicibilità di sentimenti ed emozioni ne facilitano l'elaborazione; se rimangono in parte non elaborati possono incidere sulla salute psichica o ridurre il potenziale espressivo della persona nel rapporto con gli altri e nello sviluppo delle proprie potenzialità.

Sarà introdotto nel momento di distribuzione dell'agenda di gravidanza il counselling opportunistico.

Si dovrà favorire la possibilità di lettura dell'agenda in lingue diverse attraverso l'utilizzo del QR code.

Sarà promosso lo sviluppo di gruppi di scambio di oggetti necessari per la prima infanzia e di sostegno tra pari.

Sarà diffuso il materiale della campagna informativa *Maneggiare con cura* sugli incidenti domestici alla popolazione più fragile con l'aiuto del tavolo intersettoriale.

Saranno implementate le attività dei "gruppi fumo" aziendali per il sostegno alla cessazione del fumo nei genitori, con particolare attenzione ai papà.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare la consapevolezza negli operatori			
DESCRIZIONE: Aumentare la consapevolezza negli operatori rispetto ai bisogni della popolazione target con bassa scolarità, bassa istruzione e barriere linguistiche, e rispetto ai determinanti di salute nei primi 1000 giorni di vita e alle connessioni tra disuguaglianze e determinanti della salute				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Conoscenza del fenomeno, formazione degli operatori sociosanitari e coinvolgimento del terzo settore.				
ATTORI COINVOLTI	Operatori sanitari del percorso nascita, operatori sociosanitari dei servizi coinvolti nel sostegno alla genitorialità.			
INDICATORE	Somministrazione di un questionario sulle conoscenze degli operatori e PLS delle disuguaglianze e connessioni con i determinanti della salute			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Definizione e somministrazione questionario • Standard: Somministrazione questionario agli operatori e PLS • Fonte: Regione 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Definizione dello strumento (questionario)	Prima somministrazione del questionario	--	Somministrazione del questionario per valutare il cambiamento delle conoscenze
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare la consapevolezza nella popolazione target con bassa scolarità, bassa istruzione e barriere linguistiche sui determinanti di salute nei primi 1000 giorni di vita			
DESCRIZIONE: Progettare e realizzare interventi rivolti alla popolazione target, in collaborazione con il tavolo intersettoriale locale e attraverso percorsi partecipati con la popolazione target				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Costruzione di alleanze con il terzo settore, percorsi partecipati con la popolazione target				
ATTORI COINVOLTI	Operatori sanitari del percorso nascita, operatori sociosanitari dei servizi coinvolti nel sostegno alla genitorialità e operatori del terzo settore, popolazione target			
INDICATORE	Letture precocce in famiglia			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di bambini a cui non è stato letto un libro nella settimana precedente all'intervista (6-12 mesi)/numero di intervistati con bambini 6-12 mesi • Standard: Diminuzione dei bambini a cui non è stato letto un libro nella settimana precedente all'intervista (6-12 mesi) • Fonte: Sorveglianza 0-2 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Aumento lettura precoce in famiglia

TITOLO AZIONE	11.4 La tutela dell'ambiente e il contatto con la natura quali determinanti del benessere e della salute dei bambini e delle famiglie
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS02 Sviluppare interventi precoci sulle tematiche ambientali in gravidanza e nei primi anni di vita.	
INDICATORE OS02IS02	Presenza di un gruppo di lavoro ambiente
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Formazione sugli inquinanti ambientali	
INDICATORE OT04IT04	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
CICLO DI VITA	infanzia;età adulta;donne in età fertile
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'ambiente, nella sua accezione più completa e complessa, comprensiva di stili di vita, condizioni sociali ed economiche, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e quindi per la salute delle persone e delle popolazioni. L'ambiente, considerato nell'accezione più ristretta di ecosistema in cui si vive, è una fonte di esposizione a sostanze esterne all'organismo, denominate "inquinanti" quando immesse in conseguenza all'attività umana. Sempre più evidenze scientifiche sottolineano come l'esposizione ad inquinanti ambientali nei primi mille giorni di vita, in particolare a fumo e inquinamento atmosferico, possa avere un impatto sulla salute e sullo sviluppo neuropsicologico. (<https://millegiorni.info/documenti-scientifici/revisioni-della-letteratura/>)

Nella nostra società, soprattutto nei contesti urbani, le nuove generazioni crescono a una distanza sempre maggiore dalla "Natura". Della natura però non si può fare a meno. Numerose prove scientifiche mostrano che quello che è stato definito il "Deficit di Natura" (Last Child in the Woods: Saving Our Children from Nature-deficit Disorder da Richard Louv) causa numerosi problemi nel corso della vita dei più piccoli.

Molte ricerche scientifiche hanno dimostrato quanto le attività in natura determinino benefici a tutte le età e garantiscano una riduzione delle disuguaglianze di salute tra i diversi contesti sociali. Ad esempio, una camminata veloce di 30 minuti al giorno, per cinque giorni alla settimana, può ridurre il rischio di: infarto e ictus (20-30%); diabete (30-40%); fratture dell'anca (36-68%); cancro dell'intestino (30%); cancro al seno (20%); depressione e demenza (30%). Inoltre, l'attività all'aria aperta e il contatto con la natura possono aiutare a riposare, a dormire, ridurre lo stress, a migliorare l'umore e l'autostima e a garantire un significativo contatto sociale. L'esperienza del mondo naturale per i più giovani può cambiare loro la vita. Secondo i dati disponibili, è possibile identificare quattro categorie di benefici che provengono dal contatto diretto con la natura:

- salute: riduzione dell'obesità infantile, accrescimento della robustezza tramite l'esercizio fisico, preparazione ad alcune situazioni difficili, affrontate quando i bambini diventano adulti (non avere paura, di bagnarsi e aver freddo, evitando di farsi male sviluppando un proprio "termostato del rischio"), riduzione dei problemi di salute mentale (come l'ADHD, lo stress, la depressione) e dei comportamenti aggressivi, crescita del senso di autostima e rigenerazione dell'attenzione;
- educazione: miglioramento dell'apprendimento formale e informale dei bambini, aumentando l'interesse per la materia di studio attraverso l'esperienza diretta, migliorando la comprensione, consentendo la connessione tra il mondo esteriore e quello interiore, aumentando la concentrazione, migliorando le abilità di ragionamento e osservazione e consentendo di lavorare meglio in gruppo;

- comunità: anche le comunità possono trarre beneficio dalla riconciliazione dei bambini con la natura, in termini di gruppo di persone più unito e di sviluppo del senso di appartenenza ad un luogo di cui prendersi cura. Le esperienze all'aperto e la cura dei luoghi naturali possono, dunque, contribuire a far crescere comunità più inclusive e sostenibili.

Obiettivo dell'azione è di sviluppare e promuovere strategie di azione e di prevenzione per la salute dei bambini, sul tema ambientale, anche con riferimento al progetto CCM 2017 "Ambiente, clima e promozione della salute dei bambini" (<https://www.iss.it/scuola-ambiente-e-salute>), sensibilizzando le famiglie e gli operatori sui rischi per la salute e il neurosviluppo, promuovendo stili di vita che prevedano un'attenzione all'esposizione agli inquinanti e una maggior frequentazione di spazi e aree a contatto con la natura, sensibilizzando i decisori affinché promuovano azioni istituzionali.

Si prevede l'istituzione di un gruppo di lavoro regionale, nell'ambito del tavolo intersettoriale "Mille giorni", volto alla definizione di iniziative di sensibilizzazione, formazione e informazione sulle tematiche citate, in collaborazione con i programmi PP2, PP5, PP9 e PL13.

Le ASL parteciperanno al programma di formazione proposto e alla diffusione del materiale informativo in concomitanza alla distribuzione dell'agenda di gravidanza. Si prevede l'inserimento della tematica ambiente e salute negli incontri post-partum nelle sedi consultoriali.

Inoltre le singole ASL introdurranno nel tavolo intersettoriale locale proposte di attività per orientare bambini e famiglie verso la frequentazione di spazi verdi, organizzeranno eventi rivolti alle famiglie per sensibilizzare sui temi dell'ambiente, della mobilità sostenibile, sulla valenza positiva del contatto con gli ambienti naturali e per promuovere cambiamenti delle abitudini, anche in collaborazione con le amministrazioni locali e con le associazioni che a vario titolo operano sul territorio.

TITOLO AZIONE	11.5 Promozione della salute riproduttiva e dell'accesso servizi e alle pratiche di programmazione familiare
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Ciclo HEA di un Servizio Sociosanitario (es. Consultori, Screening, Materno-Infantile, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS05 Favorire l'integrazione e l'accesso ai servizi per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita	
INDICATORE OS05IS04	Presenza di linee di indirizzo per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta; donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La salute riproduttiva è definita dall'OMS come uno "stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale [...] in tutto ciò che attiene il sistema riproduttivo, le sue funzioni ed i suoi meccanismi". A partire dal 1994 (United Nation's International Conference on Population and Development -1994) viene considerata come una delle irrinunciabili componenti del concetto di salute. Un aspetto importante della salute riproduttiva è strettamente connesso alla possibilità di poter regolare liberamente e in modo sicuro la propria fecondità, anche attraverso l'uso della contraccezione.

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività (LEA 2017, Art. 24):

- educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile;
- somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;
- consulenza preconcezionale.

Dalla ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità sui Consultori familiari (2018) emerge che sebbene i Consultori siano presidi importanti che effettuano attività di promozione della procreazione consapevole e responsabile con attività per la salute preconcezionale (92% dei Consultori del Nord Italia) e per l'accesso alla contraccezione (96,6% dei Consultori del Nord Italia), la quasi totalità dei Consultori riferisce di prescrivere la contraccezione orale e fornire informazioni sui metodi naturali e meccanici, in misura notevolmente minore si pone l'utilizzo dei metodi long-acting (inserimento di IUD e applicazione di impianti sottocutanei) che sono proposti solo nel 69% e 25,6% dei Consultori del Nord Italia.

L'Italia sconta un ritardo nell'accesso alla contraccezione confermato da studi internazionali e nazionali: nel Contraception Atlas 2020, che misura l'accesso alla contraccezione in 45 Stati dell'Europa geografica, l'Italia occupa la 23° posizione con un tasso del 59,3%. Gli studi nazionali confermano (ISTAT 2017; ISS-Studio Nazionale Fertilità 2018) che i metodi utilizzati dalla maggioranza della popolazione per pianificare o evitare una gravidanza sono limitati al profilattico e alla pillola, seguiti dal coito interrotto (20%). In particolare, le/gli adolescenti hanno una notevole difficoltà di accesso all'informazione sui metodi contraccettivi, con limitazione della scelta contraccettiva: il 77% utilizza il profilattico, il 26% il coito interrotto, l'11% il calcolo dei giorni fertili e il 10% non usa alcun metodo.

Questo scenario si può riflettere sulla possibilità di mettere in atto efficaci azioni di promozione della salute nella fase preconcezionale: infatti, la fascia di popolazione più facile da raggiungere nella promozione delle azioni periconcezionali ritenute efficaci (la supplementazione con acido folico, il mantenimento di un peso corporeo adeguato, l'astensione dal fumo, alcol e sostanze stupefacenti, le vaccinazioni, il trattamento appropriato pregestazionale delle malattie croniche materne e l'uso dei farmaci, l'identificazione dei portatori di malattie genetiche) è quella delle gravidanze programmate, che in Italia rappresentano il 65% delle gravidanze totali. Le gravidanze non programmate (circa 35%)

interessano frequentemente le fasce di popolazione più vulnerabili, meno informate riguardo a stili di vita e/o fattori ambientali a rischio e quindi più difficili da raggiungere anche attraverso campagne di promozione.

Nel caso delle interruzioni volontarie di gravidanza, la relazione annuale del Ministero della Salute mette in luce come un terzo degli interventi totali in Italia sia a carico delle donne straniere, con un andamento in costante diminuzione. Offrire consulenze sulla pianificazione familiare (anche in occasione del percorso nascita o di un'IVG al fine di evitare il ripetersi dell'intervento) per promuovere un maggior uso dei metodi contraccettivi, inclusa la contraccezione d'emergenza, si sta rivelando un sistema efficace per orientare anche le donne straniere nel trovare il metodo per loro più efficace ed accettabile.

L'azione intende pertanto promuovere strategie di promozione della salute riproduttiva e preconcezionale basate sull'aumento delle conoscenze e della consapevolezza da parte delle donne e delle coppie (con attenzione alla paternità consapevole) e sull'implementazione dell'offerta dei servizi di consulenza preconcezionale di qualità; parallelamente, si intende incentivare l'accesso ai servizi e alle pratiche di programmazione familiare, anche per le donne straniere.

Il Percorso Nascita regionale (DGR n. 34-8769 del 12/05/2008) ha previsto l'elaborazione di specifici Profili assistenziali volti a favorire il benessere della gravida e del feto e identificare i fattori di rischio e le relative azioni di protezione. In fase preconcezionale, da tre a cinque mesi prima di programmare la gravidanza, è previsto un "bilancio di salute" preconcezionale per la coppia, che costituisce il primo elemento della Agenda regionale della Gravidanza, la cui implementazione potrà essere sostenuta favorendo l'accesso ai servizi e alle pratiche di programmazione familiare, anche per le donne straniere. Si prevede quindi di elaborare a livello regionale il profilo assistenziale per il bilancio di salute preconcezionale supportato da una formazione specifica agli operatori consultoriali, con attenzione alla paternità consapevole.

Nelle ASL si prevede di:

- diffondere il materiale informativo e di sensibilizzazione sulla promozione della salute riproduttiva, con attenzione alla paternità consapevole;
- promuovere la genitorialità consapevole in tutti i consultori familiari con particolare attenzione alle esigenze contraccettive che tenga conto del repertorio culturale e della situazione soggettiva sociale ed economica.

4.2 PL12 Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità

4.2.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL12
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Rossella Cristaudo
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale</p> <p>MO1-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia</p> <p>MO1-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità</p>
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<p>MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina • contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol • riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà • contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile • riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato • aumento del consumo di frutta e verdura • prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) <p>MO1LSk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health literacy, empowerment ed engagement), offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività fisica, attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico, attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura</p>
LEA	<p>F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)</p> <p>F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale</p> <p>F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol</p> <p>F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica</p> <p>F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari</p>

4.2.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Il carico di disabilità delle principali patologie e dei fattori di rischio che ne sono causa in Piemonte

Breve introduzione metodologica

Per mappare il carico di disabilità causato dalle patologie più rilevanti e dai principali fattori di rischio ad esse associati si utilizza come indicatore il DALY, Disability-Adjusted Life Year, una misura utilizzata in sanità pubblica per la valutazione dell'impatto sulla salute delle malattie. Il DALY combina la mortalità e la morbilità in un unico indicatore comune, che include gli anni di vita potenziali persi a causa di una morte prematura e gli anni di vita "sana" persi in virtù del cattivo stato di salute o di disabilità.

L'indicatore permette di confrontare sulla stessa scala il carico di patologia a livello di popolazione (o di sottogruppi della medesima) attribuibile a diversi fattori di rischio e patologie ad essi correlate.

Sul portale del progetto Global Burden of Disease¹ sono disponibili dei *tool* interattivi per la costruzione di info-grafiche e per lo scarico di dati del progetto. Per le analisi presentate in questa sezione, è stato utilizzato lo strumento "GBD compare". I dati e le info-grafiche inserite in questa sezione sono attualmente non pubblicabili, perché considerate sotto embargo dal GBD, fino a che non saranno rilasciate (nel corso del 2021) le stime, relative al 2020, per le regioni italiane.

Il carico di malattia

I più recenti dati disponibili di analisi del carico di malattia in Piemonte indicano che, il carico di anni di vita persi aggiustati per disabilità, per tutte le età e per l'intera popolazione (tabella 1), è pari a circa 1,4 milioni di DALYs. Le Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) sono causa del 91% di questi DALYs.

In Piemonte nel 2019, sia per le donne che per gli uomini (figura 1), sono stati i tumori a causare la maggior proporzione di DALYs nella popolazione (donne: 18%; uomini: 24%), seguiti dalle malattie cardiovascolari (CVD) (donne: 18%; uomini: 24%), dalle patologie osteoarticolari (donne: 12%; uomini: 9%) e dalle patologie neurologiche (donne: 10%; uomini: 6%). A seguire le malattie mentali (donne: 7,8%; uomini: 5,4%) e il diabete (donne: 5,5%; uomini: 9,5%). Questa distribuzione di DALYs per genere mostra una proporzione più elevata tra le donne per quanto riguarda le malattie osteoarticolari, le malattie mentali e neurologiche rispetto agli uomini, mentre una proporzione più bassa per quanto riguarda tumori e malattie cardiovascolari.

Tabella 1. Anni di vita persi aggiustati per disabilità (DALYs), Piemonte 2019, uomini e donne, tutte le età, (fonte: Healthmetrics – GBD 2019)

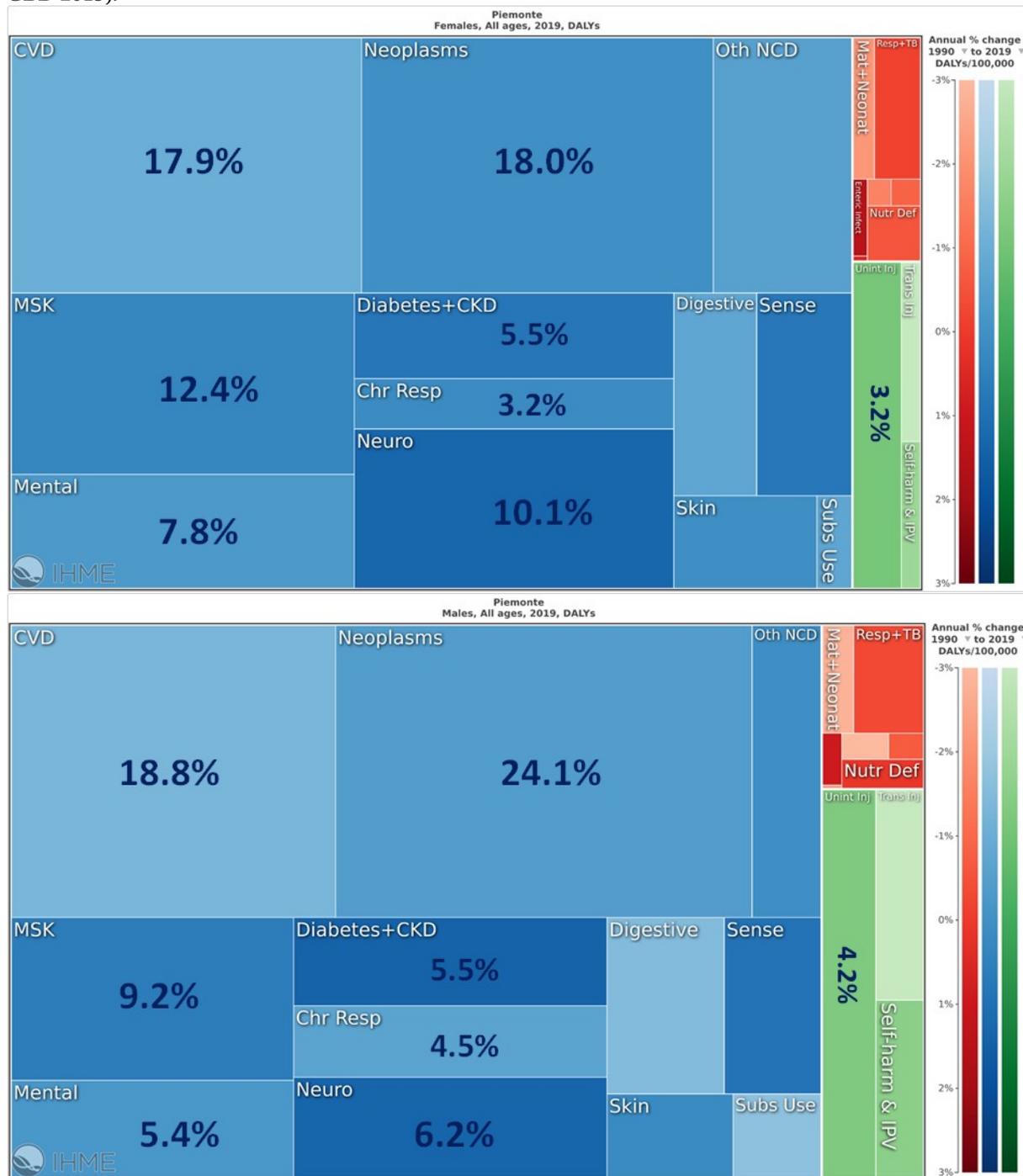
DALYs Piemonte 2019	Donne			Uomini			Totale		
	N	ICinf	ICsup	N	ICinf	ICsup	N	ICinf	ICsup
Accidentali ¹	31392	26058	38055	53496	44845	63548	84888	71577	100739
MCNT ²	650048	557080	756290	601296	517028	692355	1251344	1080146	1434131
MCT ³	21561	17893	25478	22480	19332	25892	44041	37861	50825
Totale	703002	604285	815246	677272	582543	777475	1380273	1196117	1583638

¹Accidentali: cause accidentali (incidenti stradali e infortuni)

²MCNT: malattie croniche non trasmissibili

³MCT: malattie croniche trasmissibili

Figura 1. Proporzione di DALYs per grandi gruppi di patologia, Donne e Uomini, Piemonte 2019 (fonte: Healthmetrics – GBD 2019).



I principali fattori di rischio

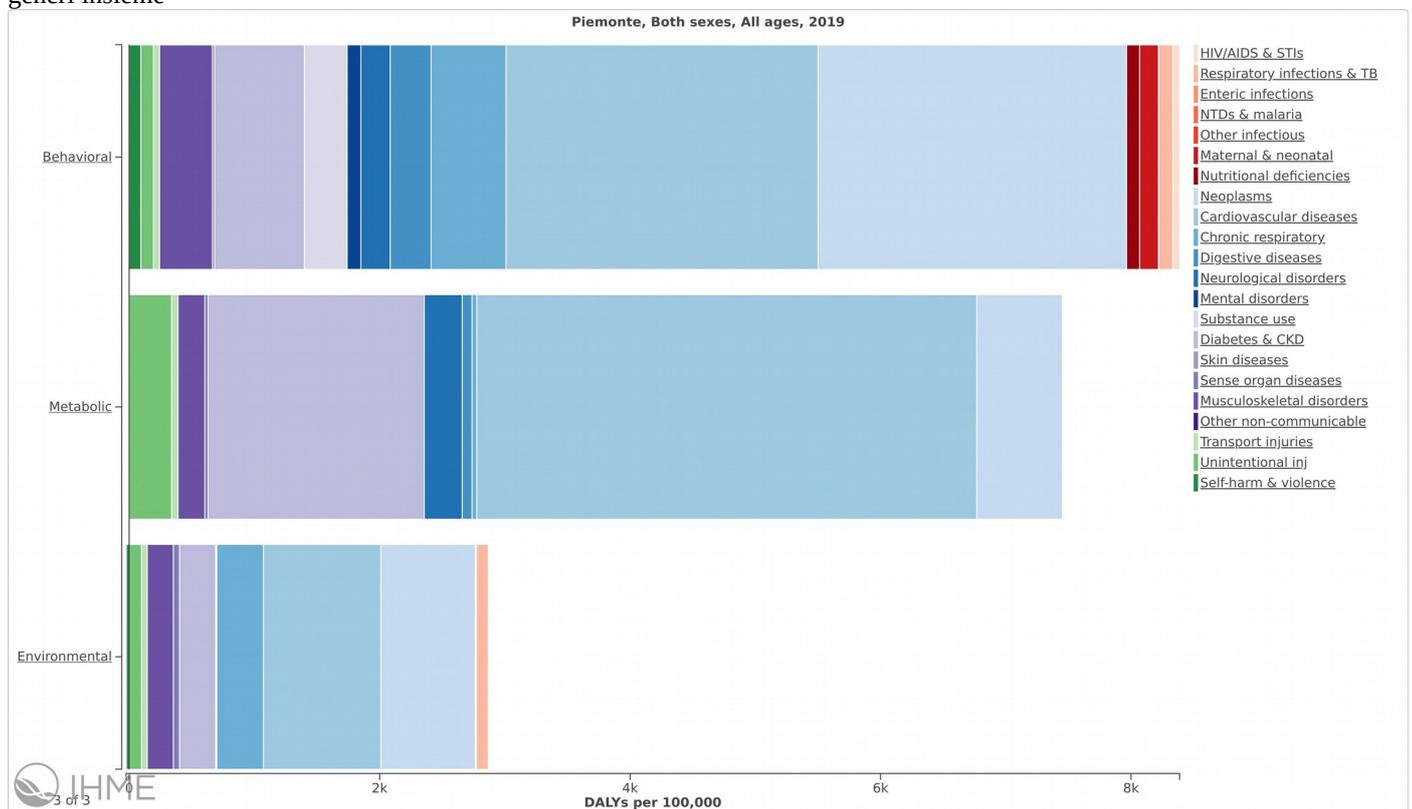
Considerando le patologie con un maggiore carico di DALYs in Piemonte, quelle che presentano una più elevata frazione di DALYs potenzialmente prevenibile, in quanto attribuibile a fattori di rischio noti e quindi potenzialmente modificabili attraverso programmi di prevenzione sono: il diabete, le malattie cardiovascolari, i tumori e le malattie respiratorie sia negli uomini che nelle donne (Figure 2). Seguono le malattie dell’apparato digerente, le malattie neurologiche e le malattie osteoarticolari. Per quanto riguarda invece le malattie mentali la frazione attribuibile ai fattori di rischio considerati è molto bassa, nonostante queste abbiano una quota di disabilità rilevante, in particolare tra le donne.

In Figura 3 possiamo osservare come i rischi comportamentali siano la categoria che, in Piemonte nel 2019 per entrambi i generi insieme, spiega il maggior numero di DALYs (circa la metà del totale, pari a circa 400 mila DALYs nel 2019) seguiti da quelli metabolici ed infine da quelli ambientali.

Figura 2. Frazione di DALYs attribuibile a tutti i fattori di rischio per grandi gruppi di malattia, Piemonte – 2019, Donne e Uomini, per tutte le età.

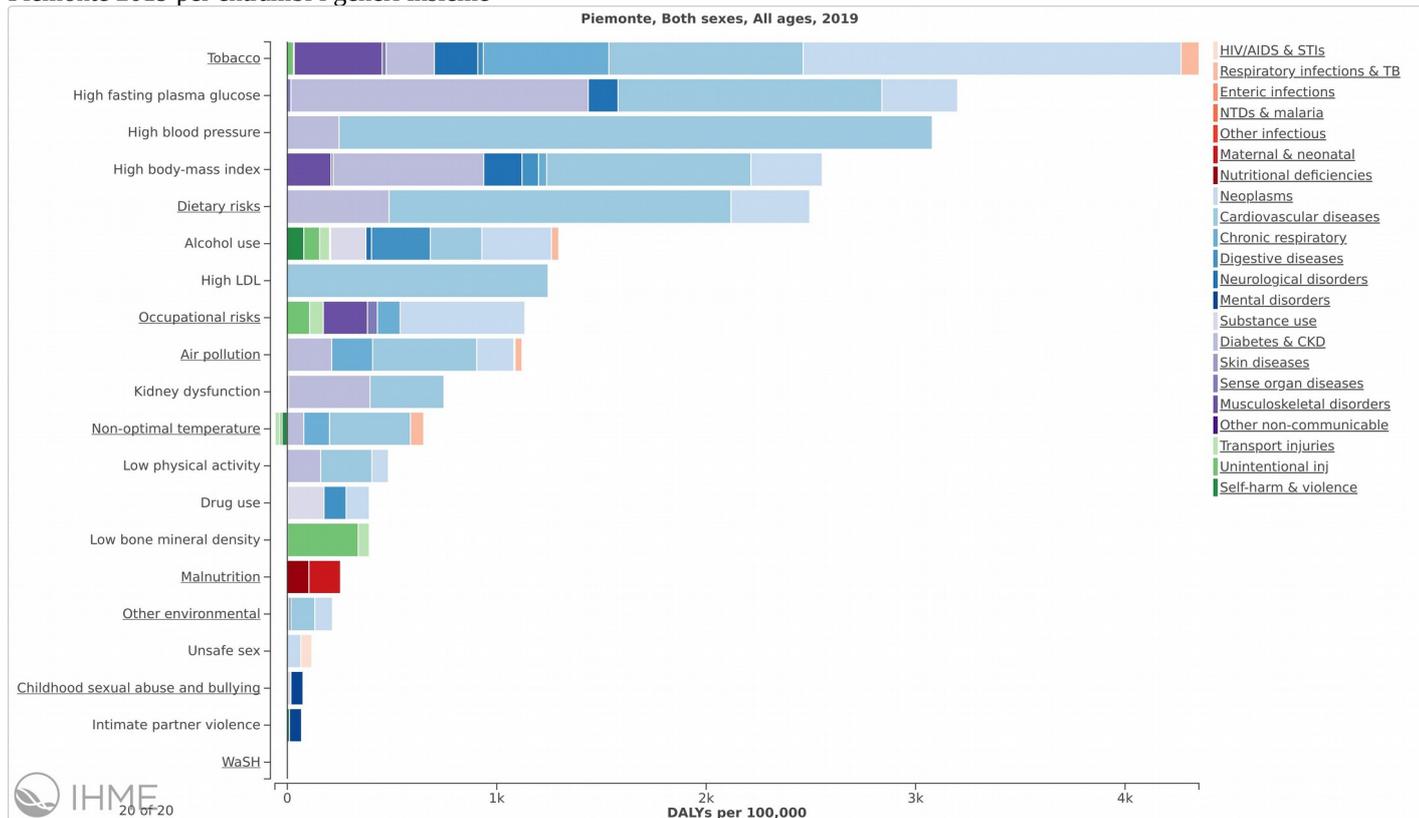


Figura 3. DALYs per 100.000, per tutte le patologie, per macrocategorie di fattori di rischio, Piemonte 2019 per entrambi i generi insieme



Più in dettaglio in Figura 4 si possono osservare i singoli fattori di rischio per numero di DALYs attribuibili per 100.000; il fumo di tabacco è al primo posto, seguito da tre fattori metabolici: elevato tasso glicemico nel plasma, elevata pressione arteriosa e Indice di Massa Corporea (BMI), mentre l'alimentazione non corretta è al quinto posto. Il consumo di alcolici si trova al sesto posto, seguito dal colesterolo, dai rischi occupazionali e poi dall'inquinamento atmosferico. La sedentarietà si posiziona alla dodicesima posizione.

Figura 4. DALYs per 100.000, per tutte le patologie, per singolo fattore di rischio (comportamentali, metabolici e ambientali), Piemonte 2019 per entrambi i generi insieme



Profilo di equità e cronicità

I dati riportati dall’“Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione”² indicano come, in Piemonte, il rischio di morte nella fascia di età 30-89 anni sia del 35% superiore tra gli uomini con basso titolo di studio, rispetto a quanti hanno una licenza superiore o laurea; nelle donne l’incremento di rischio tra persone con basso verso alto titolo di studio è del 19%. In entrambi i sessi, si tratta di un gradiente sociale sovrapponibile a quello medio italiano.

Considerando gli anni di vita persi le differenze sociali si accrescono: gli uomini con basso titolo di studio perdono il 65% in più di anni di vita per morte prematura rispetto a chi ha un titolo di studio elevato; nelle donne, invece, la differenza è del 28%.

Non tutte le cause di morte presentano la stessa intensità nel gradiente sociale. Tra le più comuni patologie croniche le differenze maggiori si osservano nel caso della BPCO per la quale il rischio di morte degli uomini con bassa scolarità è doppio rispetto a quello delle persone con alta scolarità, differenze che riflettono differenze nell’abitudine al fumo e a esposizioni professionali (le differenze nelle donne, tra le quali le esposizioni professionali a rischio sono molto meno frequenti, sono del 14%).

Negli uomini le differenze sociali minori si rilevano nel caso della cardiopatia ischemica (27% tra i due estremi), tra le donne nella BPCO.

Nelle donne è la mortalità per diabete a evidenziare le differenze maggiori (+89% tra i due estremi), chiamando in causa le differenze sociali nel sovrappeso (e obesità) e sedentarietà più accentuate nel sesso femminile rispetto agli uomini. Per quanto riguarda i tumori maligni, considerati nel loro complesso, non si rilevano differenze significative tra i livelli di istruzione per le donne, che invece risultano significativi negli uomini. Questo andamento si può spiegare in parte dal peso che hanno nelle differenze di mortalità, per istruzione, i tumori del polmone, del fegato e della vescica negli uomini, cosa meno evidente per le donne.

Oltre 350.000 Piemontesi hanno almeno una delle cinque condizioni morbose croniche prese in esame (cardiopatia ischemica, vasculopatia cerebrale, scompenso cardiaco, diabete, BPCO), quasi 80.000 ne hanno più di una e oltre 430.000, pari al 14% della popolazione ne hanno una o più di una. A questi numeri vanno sommati i soggetti affetti da altre condizioni croniche, che non sono considerate in questa

analisi (patologie oncologiche, malattie neurodegenerative, demenza,...) e che, considerata l'elevata età media della popolazione piemontese, contribuiscono ad aumentare il carico di malattia che grava sui cittadini e interpella sia la prevenzione che l'assistenza.

Per tutte le cinque patologie prese in esame, è evidente un gradiente sociale a sfavore dei soggetti con i livelli di istruzione più bassi. Le differenze maggiori riguardano il diabete e la broncopneumopatia cronica-ostruttiva le cui prevalenze, aggiustate per età, sono quasi due volte superiori nei soggetti con basso titolo di studio rispetto agli alti titoli di studio.

Differenze simili si osservano anche nel caso della multimorbidità: i soggetti con bassa scolarità rispetto ai soggetti con alta scolarità, hanno una probabilità del 57% più alta di avere almeno una patologia e del 64% più elevata di averne più di una.

Disuguaglianze di esposizione ai fattori di rischio

Le caratteristiche sociali delle persone e le storie di vita nel loro complesso spiegano l'adozione di stili di vita insalubri per la salute. In particolare: fumo, sedentarietà, sovrappeso e obesità, alimentazione non sana sono determinanti e mediatori di salute maggiormente a carico della popolazione più vulnerabile. Di seguito alcune analisi derivanti dal TOOLDIS², che mostrano come le disuguaglianze sociali impattino sull'adozione di stili di vita insalubri (COESDI) e su come queste disuguaglianze negli stili di vita impattino sulla mortalità generale (COMODI).

I risultati riportati in tabella 2 e raffigurati nelle figure 5 e 6, che utilizzano il livello di istruzione come proxy per le disuguaglianze socio-economiche, che questi strumenti consentono di produrre sono piuttosto eloquenti nell'evidenziare le prevalenze dei fattori di rischio per la salute e quanto le disuguaglianze di questi le spieghino.

Tabella 2. Prevalenza dei principali fattori di rischio comportamentali e relativo impatto sulla salute in Piemonte, e frazione attribuibile alle disuguaglianze sociali. Fonti: CoEsDi e CoMoDi²

Fattore di Rischio	CoEsDi			CoMoDi		
	Preval. %	PAF%	N. Sogg. dis	RA	PAF%	N. Morti dis
Alcol abituale	26,8	0,1	681	8	0,4	51
Alcol a rischio	8,8	-3,9	-9.171			
Fumatori	23,8	33,4	214.660	22	4,7	571
Forti fumatori	5,9	56,3	89.771			
Sedentari	46,5	36,9	463.977	12,2	4,8	587
No 5 F&V a day	91,3	4,9	120.773			
No 3 F&V a day	34,5	17,6	164.020	1,3	0,5	58
Poche F&V	13,7	28,2	104.221			
Troppe carni	58,3	-1,5	-24.056			
Troppi grassi	16	48,9	211.177			
Sovrappeso	43,9	26,5	314.293	10,2	2,6	315
Obesi	9,7	47	122.698			

Figura 5. Prevalenze e PAF per ordine di impatto delle disuguaglianze sui fattori di rischio

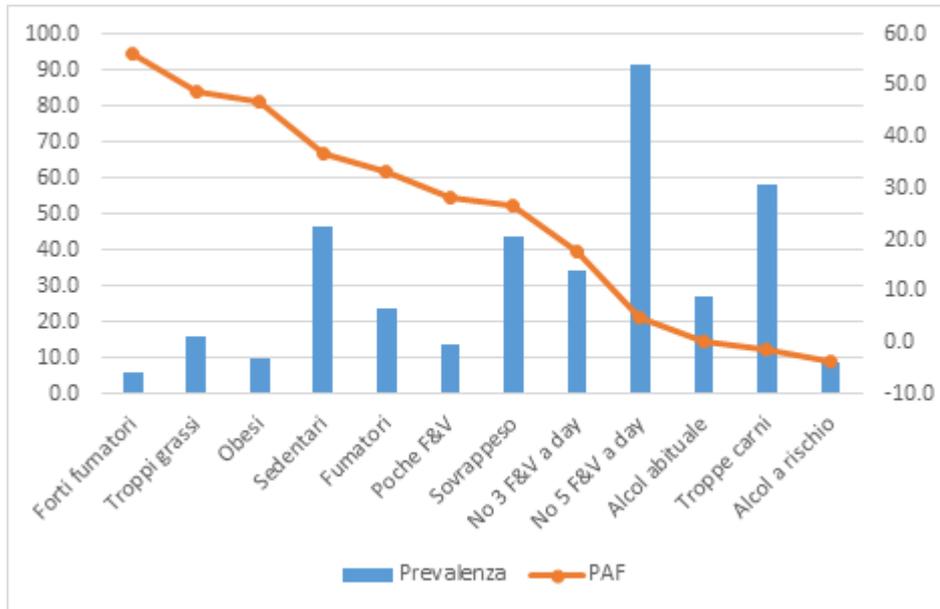
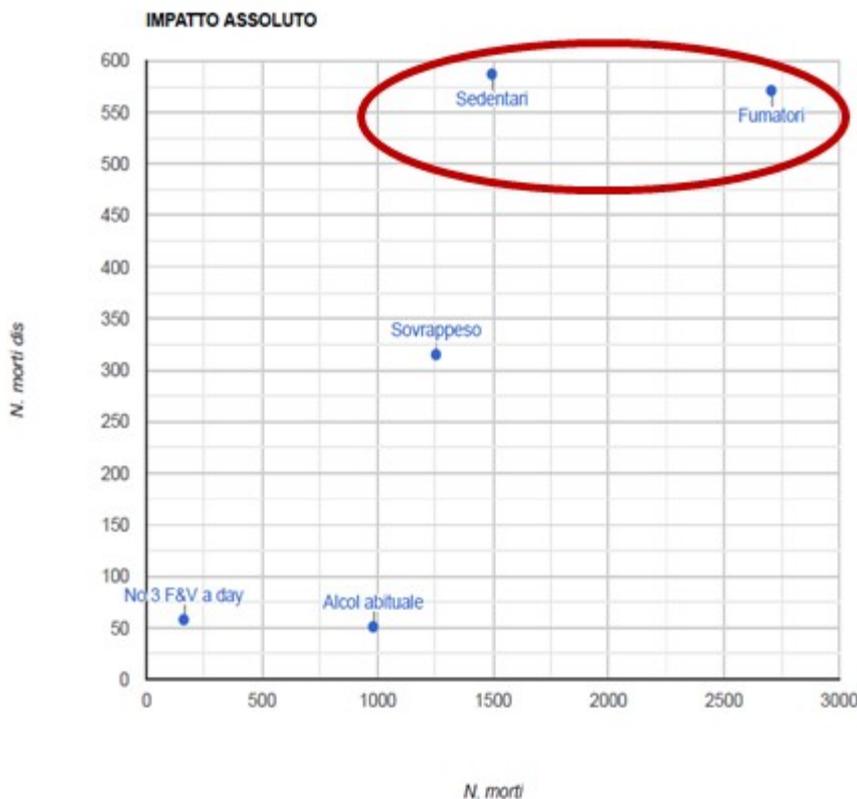


Figura 6. Impatto assoluto (N. morti dis) dei fattori di rischio prioritari in Piemonte. Fonte: CoEsDi e CoMoDi.



In figura 5 possiamo osservare la prevalenza dei fattori di rischio analizzati in questo tool, per la popolazione piemontese, in relazione alla frazione attribuibile al livello di istruzione.

Il 23,8% della popolazione piemontese fuma e il 33,4% dei fumatori potrebbe essere ridotto se tutti acquisissero i comportamenti dei più istruiti. Si potrebbero inoltre evitare 214.660 fumatori nella popolazione piemontese se si annullassero le disuguaglianze sociali in questo stile di vita.

La sedentarietà interessa il 46,5% della popolazione piemontese e anche in questo caso circa un terzo (36,9%) di questo fattore di rischio potrebbe essere ridotto se si annullassero le disuguaglianze sociali; 463.977 persone potrebbero essere 'salvate dalla sedentarietà' se si eliminassimo le disuguaglianze

sociali. In termini di impatto sulla salute, il 22% della mortalità generale (2.705 morti/anno) è attribuibile al fumo e il 12,2% (1.495 morti/anno) alla sedentarietà.

Ogni anno si potrebbe evitare il 4,7% delle morti da fumo (pari a 571 soggetti) e il 4,8% delle morti attribuibili alla sedentarietà (587 soggetti) se anche le persone di bassa istruzione acquisissero i comportamenti dei più istruiti.

Le malattie croniche rappresentano un indicatore dello stato di salute e del bisogno di assistenza della popolazione, ma sono un indicatore in qualche modo "indiretto" del bisogno di prevenzione primaria, dal momento che sono il risultato dell'esposizione a fattori di rischio avvenuta in anni precedenti. Le persone affette, possono invece essere bersaglio di interventi di modificazione di stili di vita insalubri e di monitoraggio dell'adeguatezza dei percorsi assistenziali e terapeutici per prevenire o ritardare l'insorgere di complicanze.

Quindi, la distribuzione e gli esiti delle malattie croniche sul territorio chiamano in causa la distribuzione geografica e sociale di fattori di rischio modificabili, sia la capacità di individuare e trattare precocemente le persone con patologie o condizioni misconosciute (per esempio l'ipertensione arteriosa, il diabete di tipo 2, l'ipercolesterolemia), sia di accedere a terapie efficaci.

La costante presenza di differenze sociali nella frequenza e negli esiti delle patologie, individua con chiarezza come qualunque programma di riduzione dell'esposizione a fattori di rischio, così come di miglioramento dell'assistenza, debba tenere in conto questa dimensione sin dalla fase della progettazione.

Riferimenti

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, GBD compare: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
2. Servizio di Epidemiologia - Tooldis - Tool per le disuguaglianze di salute
3. Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione. Epidemiol Prev 2019;43:Suppl 1.

Analisi di contesto

Il Programma Libero 12 raccoglie l'eredità del Programma 4 Guadagnare Salute Piemonte - Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario del PRP 2014-2019.

Nella versione del PRP 2014-2019 il programma 4 presentava un doppio obiettivo, proponendosi di consolidare interventi e metodologie di lavoro innovative sperimentati negli anni, e programmando azioni su soggetti con fattori di rischio o con problemi di salute.

Nel 2020-2025 la Regione Piemonte con il PL 12 avvia un percorso di integrazione della pianificazione della prevenzione con la pianificazione per la cronicità.

In questo contesto operativo, come già previsto dal precedente Piano Nazionale di Prevenzione, si inseriscono quindi le attività trasversali con il Piano Nazionale della Cronicità (PNC). In quest'ultimo, infatti, la prevenzione è considerata uno degli "elementi chiave" di gestione della cronicità, rispetto alla quale si individuano due obiettivi principali:

- la prevenzione per le persone individuate come "a rischio" di patologia cronica, attraverso la definizione di percorsi condivisi e misurabili nei loro esiti intermedi e finali;
- la prevenzione delle complicanze delle patologie croniche.

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016, nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento condiviso con le Regioni, e individuando un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona, ed orientato ad una migliore organizzazione dei servizi e ad una piena responsabilizzazione di tutti gli attori. Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini. Il modello di riferimento è il Chronic Care Model (CCM), modello che propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e suggerisce un approccio "proattivo" tra il personale sanitario e i pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale.

Il Piano Cronicità prevede, nella Fase2 di implementazione, azioni di:

- promozione della salute e prevenzione primaria per incentivare l'adozione di stili di vita salutari nella popolazione generale e nei soggetti a rischio, per prevenire o ritardare l'insorgenza delle patologie croniche;
- prevenzione secondaria al fine di identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche anche in assenza di sintomatologia evidente, da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali;
- prevenzione terziaria al fine di ritardare l'insorgenza delle complicanze nelle persone già malate, contrastare il malessere e l'evoluzione della patologia con la conseguente riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili nel breve-medio termine.

Questo disegno strategico è riconfigurato, a livello regionale, nelle "Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano Nazionale Cronicità", approvate dalla Regione Piemonte con DCR 306-29182 del 10 luglio 2018. Tra gli obiettivi fondamentali troviamo quello di assicurare i collegamenti con la prevenzione primaria e la diagnosi precoce, e quello di prevenire e curare le complicanze, le comorbidità e le disabilità (Linee di indirizzo regionali, p. 11).

La letteratura sostiene la necessità strategica di costruire competenze negli operatori, perché siano in grado di promuovere ed accompagnare i cambiamenti di stili di vita delle persone a rischio/con patologie. Nello specifico la letteratura dimostra l'efficacia del counseling, trasversale a tutti i temi di salute, per l'adozione di stili di vita sani nonché per rinforzo motivazionale e supporto emotivo a utenti e familiari. Il PRP 2014-2019 ha confermato l'importanza, riconosciuta dalla letteratura e da OMS e Ministero della Salute, di agire in rete, favorendo l'integrazione di tutte le componenti e raccordando l'azione dei diversi operatori.

Anche nel PNC viene proposto il counselling motivazionale, individuale o di gruppo, come linea di intervento, indirizzando i soggetti a rischio o già malati verso un'adeguata presa in carico, anche con offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare, ecc.) o terapeutico-assistenziale (PNC p39) coinvolgendo possibilmente i famigliari e i care-giver.

I programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, devono quindi includere:

- interventi per la promozione di comportamenti salutari nelle persone sane e malate (es: counseling individuale anche in contesti opportunistici, per la promozione di stili di vita salutari, quali: cessazione fumo, riduzione consumo di alcol, sana alimentazione, attività fisica)
- attivazione di interventi di prevenzione integrati in percorsi terapeutico-assistenziali per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura.

Il setting sanitario può rappresentare quindi l'occasione per avviare percorsi di promozione della salute, volti a modificare le abitudini della popolazione che vi accede. Proprio l'accesso ai servizi del sistema sanitario può diventare una finestra di opportunità, nella quale il cittadino (e paziente) è più sensibile a ricevere messaggi di salute.

Le attività di promozione della salute possono inserirsi ai diversi livelli di assistenza del nostro sistema sanitario regionale:

- medicina di base;
- ambulatoriale territoriale e specialistica (es: ambulatori screening, consultori, Case della Salute, Ambulatori per la cronicità, etc...)
- clinico ospedaliera;
- farmacie.

Data la vastità e complessità degli ambiti affrontati è necessario un approccio trasversale e integrato, con strategie efficaci di comunità (orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per setting) e sull'individuo (individuazione dei soggetti a rischio e delle malattie in fase precoce), seguite da interventi centrati sulla persona (es. counseling individuale sugli stili di vita, LEA, percorsi assistenziali).

Nel 2018-2019 le ASL della regione Piemonte, con una progettazione integrata con le AO e AOU del proprio territorio, hanno predisposto i propri Piani Locali Cronicità, che definiscono, partendo dall'analisi del contesto e dell'organizzazione locale del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari, il modello di governance, le priorità, le strategie, gli obiettivi e le azioni ed i percorsi per il cittadino con patologie

croniche. Sono state individuate le Cabine di regia e i Nuclei Cronicità per ciascuna Azienda e ciascun Piano Locale ha dettagliato un cronoprogramma per il 2020-2021, con particolare riferimento a:

- l'implementazione dei PDTA di tre delle patologie individuate dal PNC: BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), Scompenso Cardiaco (SC), Malattie Renali Croniche (MRC);
- lo sviluppo della funzione Infermieristica organizzata per la cronicità (con il coinvolgimento degli IFeC);
- lo sviluppo della funzione Dimissioni Assistite, con focus sui determinanti comportamentali.

A gennaio 2020 è stato condiviso con le ASR il lavoro di stratificazione della popolazione realizzato con il supporto di Csi Piemonte attraverso l'utilizzo di specifici algoritmi forniti dal Servizio Epidemiologico dell'ASL TO3. La popolazione piemontese è stata stratificata individuando per ogni ASL e relativi Distretti il numero di soggetti con una, due, oppure tre o più patologie prevalenti ed il numero dei pazienti con patologia cronica prevalente: BPCO, Scompenso Cardiaco, Cardiopatia ischemica, Vasculopatie cerebrali, Diabete.

Le differenze nelle modalità di implementazione dei Piani e delle azioni fanno riferimento a diversi contesti organizzativi e territoriali ed evidenziano la necessità di puntuali programmazioni locali per il raggiungimento degli obiettivi-risultato attesi, nonché l'esigenza di una forte integrazione con i Piani aziendali della Prevenzione.

L'articolata progettazione dei Piani Cronicità e Prevenzione, sia a livello regionale che locale, richiede ora un lavoro congiunto per l'implementazione delle azioni programmate, in modo da superare eventuali sovrapposizioni dispersive e favorire al contrario proficue sinergie.

4.2.3 Scheda di programma

Descrizione

Il Programma Libero 12 ha come principale obiettivo l'identificazione precoce e la presa in carico di persone in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità.

Il programma raccoglie l'eredità del programma 4 "Guadagnare Salute Piemonte – Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario" del PRP 2014-2019.

Nel PRP 2014-2019 il programma 4 presentava un doppio obiettivo, proponendosi di consolidare interventi e metodologie di lavoro innovative sperimentati negli anni e programmando azioni su soggetti con fattori di rischio o con problemi di salute.

Il PL12 si integra perfettamente con il Piano Nazionale della Cronicità e in particolare con la Fase 2 di implementazione, dove sono previste azioni di "promozione della salute e prevenzione primaria per incentivare l'adozione di stili di vita salutari nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire o ritardare l'insorgenza delle patologie croniche".

Inoltre nel PNC viene proposto il counselling motivazionale individuale o di gruppo come linea di intervento, *indirizzando i soggetti a rischio o già malati verso un'adeguata presa in carico, anche con offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare, ecc.) o terapeutico-assistenziale (PNC p. 39) coinvolgendo possibilmente i familiari e i care-giver.*

Tra gli obiettivi strategici di questo programma vi è lo sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso:

- interventi per la promozione di comportamenti salutari nelle persone sane e malate (es. counseling individuale anche in contesti opportunistici per la promozione di stili di vita salutari, quali cessazione fumo, riduzione consumo di alcol, sana alimentazione, attività fisica);
- attivazione di interventi di prevenzione integrati in percorsi terapeutico-assistenziali per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura.

Il setting sanitario può rappresentare l'occasione per avviare percorsi di promozione della salute, volti a modificare le abitudini della popolazione che vi accede. Proprio l'accesso ai servizi del sistema sanitario può diventare una finestra di opportunità, nella quale il cittadino (e paziente) è più sensibile a ricevere messaggi di salute. Questo accesso al sistema sanitario può diventare un *teachable moment*, ossia un momento di transizione che avviene naturalmente nel corso della vita di una persona, o un evento significativo per la salute, che può motivare gli individui ad adottare spontaneamente comportamenti volti alla riduzione di fattori di rischio.

Quasi tutti gli obiettivi strategici sopra riportati possono beneficiare di attività di promozione della salute attraverso i diversi livelli di assistenza del nostro sistema sanitario regionale:

medicina di base;

- ambulatoriale territoriale e specialistica (es: ambulatori screening, infermieri di comunità, consultori, ecc.);
- clinico ospedaliera;
- farmacie.

Data la vastità e complessità degli ambiti affrontati e necessario un approccio trasversale e integrato, con strategie efficaci di comunità (orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per setting) e sull'individuo (individuazione dei soggetti a rischio e delle malattie in fase precoce), seguite da interventi centrati sulla persona (es. counseling individuale sugli stili di vita – LEA, percorsi assistenziali).

La letteratura sostiene la necessità strategica di costruire competenze negli operatori, perchè siano in grado di promuovere ed accompagnare i cambiamenti di stili di vita delle persone a rischio/con patologie. Nello specifico la letteratura dimostra l'efficacia del counseling, trasversale a tutti i temi di salute, per l'adozione di stili di vita sani nonchè per rinforzo motivazionale e supporto emotivo a utenti e familiari. Inoltre il PRP 2014-2019 ha confermato l'importanza, riconosciuta dalla letteratura e da OMS e Ministero della Salute, di agire in rete, favorendo l'integrazione di tutte le componenti raccordando l'azione dei diversi operatori.

In questo contesto operativo, già previsto dal precedente Piano Nazionale di Prevenzione, si inseriscono le attività trasversali con il PNC, che considera la prevenzione come uno degli "elementi chiave" di gestione della cronicità, pertanto si individuano due obiettivi principali:

- la prevenzione rivolta a persone individuate come "a rischio" di patologia cronica, attraverso la definizione di percorsi condivisi e misurabili nei loro esiti intermedi e finali;
- la prevenzione delle complicanze delle patologie croniche.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Così come in ambito clinico, e in seguito per gli interventi di prevenzione più classici quali le vaccinazioni e gli screening oncologici, anche gli interventi di prevenzione volti a modificare gli stili di vita sono stati negli ultimi anni al centro di diversi studi volti ad appurarne l'efficacia (1).

Il setting sanitario può rappresentare l'occasione per avviare percorsi di promozione della salute, volti a modificare le abitudini della popolazione che vi accede. Proprio l'accesso ai servizi del sistema sanitario può diventare una finestra di opportunità, nella quale il cittadino (e paziente) è più sensibile a ricevere messaggi di salute. Questo accesso al sistema sanitario può diventare un "teachable moment", ossia un momento di transizione che avviene naturalmente nel corso della vita di una persona, o un evento significativo per la salute, che può motivare gli individui ad adottare spontaneamente comportamenti volti alla riduzione di fattori di rischio (2, 3).

Esistono diversi trial e revisioni che documentano l'efficacia di interventi di prevenzione per la modifica degli stili di vita (abitudine al fumo, sedentarietà e scorretta alimentazione), erogati presso ambulatori sanitari. Il repertorio interventi, disponibile sul sito del Network Italiano Evidence Based Prevention (NIEBP) presenta una serie di interventi preventivi efficaci rivolti alla una popolazione adulta, indirizzati ad agire su stili di vita scorretti correlati allo sviluppo di malattie croniche. I temi di interesse sono: alimentazione corretta, promozione dell'attività fisica, prevenzione e cessazione dell'uso di tabacco. Per ciascun tema sono state elaborate, sulla base delle evidenze presenti in letteratura, schede di descrizione e

di analisi dei singoli interventi dal punto di vista di: efficacia, trasferibilità, sostenibilità e costo-opportunità (4-12).

- NIEBP. Prevenzione primaria del fumo di tabacco. Linee guida prevenzione. 2013. (disponibile al sito: http://www.snlg-iss.it/lgp_fumo_2013)
- Van der Aalst CM et al. Does participation to screening unintentionally influence lifestyle behaviour and thus lifestyle-related morbidity? *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2010; 24(4):465-78
- Senore C., Giordano L, Bellisario C, Di Stefano F, Segnan N. Population based cancer screening programmes as a teachable moment for primary prevention interventions. A review of the literature. *Frontiers in Oncology* 2012; 2.
- Counselling nutrizionale svolto dal Medico di Medicina Generale per la promozione di un'alimentazione corretta – Network Italiano Evidence Based Prevention. Link: <https://www.niebp.com/repertorio-interventi-niebp>.
- Counselling nutrizionale svolto dall'infermiere di comunità per la promozione di un'alimentazione corretta – Network Italiano Evidence Based Prevention. Link: <https://www.niebp.com/repertorio-interventi-niebp>.
- Counselling per la cessazione dell'uso del tabacco svolto dal Medico di Medicina Generale – Network Italiano Evidence Based Prevention. Link: <https://www.niebp.com/repertorio-interventi-niebp>.
- Counselling per la cessazione dell'uso del tabacco svolto dall'infermiere – Network Italiano Evidence Based Prevention. Link: <https://www.niebp.com/repertorio-interventi-niebp>.
- Counselling per la promozione dell'attività fisica svolto dal Medico di Medicina Generale – Network Italiano Evidence Based Prevention. Link: <https://www.niebp.com/repertorio-interventi-niebp>.
- I gruppi di cammino per promuovere l'attività fisica tra i soggetti sedentari – Network Italiano Evidence Based Prevention. Link: <https://www.niebp.com/repertorio-interventi-niebp>.
- Le Applicazioni per smartphone per favorire un'alimentazione corretta – Network Italiano Evidence Based Prevention. Link: <https://www.niebp.com/repertorio-interventi-niebp>.
- SMS automatizzati per favorire la cessazione dell'uso di tabacco – Network Italiano Evidence Based Prevention. Link: <https://www.niebp.com/repertorio-interventi-niebp>.
- Quit-line per la cessazione dell'uso di tabacco – Network Italiano Evidence Based Prevention. Link: <https://www.niebp.com/repertorio-interventi-niebp>.

4.2.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PL12_OT03	Creazione di reti tra settori diversi della sanità e altri stakeholder			
INDICATORE PL12_OT03_IT08	Accordi intersettoriali (b)			
formula	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)			
Standard	Almeno 2 Accordi entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Almeno 2 Accordi entro il 2025
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PL12_OT02	Formazione al counselling motivazionale di cui al progetto CCM “Sostenere il cambiamento: la formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorevoli la salute”			
INDICATORE PL12_OT02_IT10	Percorso formativo sul counselling rivolto a pianificatori e formatori “FAD 50”			
formula	Presenza			
Standard	Partecipazione degli operatori della salute, individuati dalla Regione, alla formazione "FAD 50"			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Conclusione del percorso per i professionisti individuati	--	--	--
Fonte	Regione			
INDICATORE PL12_OT02_IT11	Percorso formativo sul counselling rivolto a operatori sanitari e sociosanitari dei contesti opportunistici “FAD 24”			
formula	Presenza			
Standard	Partecipazione di operatori sanitari e sociosanitari appartenenti a tutte le ASL			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	Realizzazione di almeno un corso	Realizzazione di almeno un corso	Realizzazione di almeno un corso
Fonte	Regione			
INDICATORE PL12_OT02_IT12	Percorso formativo sul counselling rivolto ai servizi di medicina di competenza “FAD 24”			
formula	Presenza			
Standard	Partecipazione di operatori dei servizi di medicina di competenza di tutte le ASL piemontesi			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	Realizzazione di almeno un corso	Realizzazione di almeno un corso	Realizzazione di almeno un corso
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PL12_OT04	Sviluppare iniziative di comunicazione finalizzate ad aumentare l'empowerment degli operatori del setting sanitario e dei cittadini, per promuovere capacità di scelta e comportamenti favorevoli alla salute			
INDICATORE PL12_OT04_IT09	Comunicazione e informazione			
formula	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali			
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PL12_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative			
INDICATORE PL12_OT01_IT01	Lenti di equità			
formula	adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022			
Fonte	Regione			

4.2.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PL12_OS06	Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare a livello regionale e gruppi di lavoro locali per l'analisi, la valutazione e la diffusione di linee di indirizzo e raccomandazioni per lo sviluppo delle attività di promozione della salute nei servizi sanitari.			
INDICATORE PL12_OS06_IS01	Gruppo regionale multidisciplinare			
formula	Presenza Gruppo di lavoro			
Standard	Attivazione e sviluppo di un gruppo regionale multidisciplinare per l'analisi, la valutazione e la diffusione di linee di indirizzo e raccomandazioni per integrare le attività di promozione della salute nei servizi sanitari.			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Attivazione gruppo multidisciplinare	Almeno 2 incontri all'anno	Almeno 2 incontri all'anno	Almeno 2 incontri all'anno
Fonte	Regione			
INDICATORE PL12_OS06_IS03	Gruppo multidisciplinare in ciascuna Azienda sanitaria locale			
formula	presenza			
Standard	presenza			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Costituzione del gruppo di lavoro locale	Almeno 2 incontri	Almeno 2 incontri	Almeno 2 incontri
Fonte	Delibera istitutiva per Azienda sanitaria			

4.2.6 Azioni

TITOLO AZIONE	12.1 Coordinamento “intersectoriale” prevenzione - cronicità
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersectoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS06 Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare a livello regionale e gruppi di lavoro locali per l’analisi, la valutazione e la diffusione di linee di indirizzo e raccomandazioni per lo sviluppo delle attività di promozione della salute nei servizi sanitari.	
INDICATORE OS06IS01	Gruppo regionale multidisciplinare
INDICATORE OS06IS03	Gruppo multidisciplinare in ciascuna Azienda sanitaria locale
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Creazione di reti tra settori diversi della sanità e altri stakeholder	
INDICATORE OT03IT08	Accordi intersectoriali (b)
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Il coordinamento delle strategie e della programmazione a livello regionale per gli ambiti comuni rappresenta un’azione necessaria per migliorare l’integrazione e la sinergia sui temi propri della prevenzione e della cronicità.

La governance sarà assicurata da un Gruppo di lavoro multidisciplinare regionale per l’analisi, la valutazione e la diffusione di linee di indirizzo e raccomandazioni per le attività di promozione della salute nei percorsi per la presa in carico della cronicità.

Verranno costituiti gruppi regionali integrati (cronicità-specialisti-prevenzione) per l’inserimento di attività di promozione della salute all’interno dei PDTA relativi alle MCNT ed alle funzioni ad essi collegate (funzione infermieristica per la cronicità, integrazione territorio-ospedale, setting di cura, ecc.). Analogamente a livello locale dovrà essere costituito un gruppo multidisciplinare di coordinamento prevenzione-cronicità. Tale gruppo inizialmente dovrebbe effettuare una ricognizione delle attività/risorse già presenti sul territorio. In particolare dovrebbe favorire la diffusione di pratiche di “brief advice” nei diversi contesti/setting sanitari opportunistici di contatto con la popolazione (MMG e PLS, ambulatori, servizi di medicina di competenza) ed intergrare queste attività nei PDTA. Il gruppo, inoltre, avrà il compito di seguire lo sviluppo del progetto di promozione della salute previsto dall’azione equity-oriented 12.5 nell’area a maggior deprivazione individuata nel territorio.

Strategie di azione:

- definizione dei percorsi di prevenzione primaria e secondaria da inserire nei PDTA delle patologie croniche individuate nei Piani Locali Cronicità delle Aziende Sanitarie;
- definizione di modalità stabili di rapporto con i soggetti del Terzo settore (tavolo Cittadinanzattiva; accordo Rete oncologica con associazioni) al fine di promuovere azioni/progettazioni comuni nell’ambito della prevenzione nei contesti comunitari (in raccordo con PP2) e della prevenzione secondaria per i malati cronici e loro caregiver;
- offerta formativa integrata per i rappresentanti delle Cabine di regia Prevenzione e Cronicità, sia del livello regionale che aziendale;
- organizzazione di momenti di comunicazione regionale per condividere gli esiti dei lavori.

TITOLO AZIONE	12.2 Formazione al counselling motivazionale (nazionale)
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Formazione al counselling motivazionale di cui al progetto CCM “Sostenere il cambiamento: la formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorevoli la salute”	
INDICATORE OT02IT10	Percorso formativo sul counselling rivolto a pianificatori e formatori "FAD 50"
INDICATORE OT02IT11	Percorso formativo sul counselling rivolto a operatori sanitari e sociosanitari dei contesti opportunistici "FAD 24"
INDICATORE OT02IT12	Percorso formativo sul counselling rivolto ai servizi di medicina di competenza "FAD 24"
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

La formazione è una delle azioni trasversali del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e rappresenta parte integrante di tutte le strategie, come strumento essenziale per accrescere le competenze degli operatori socio-sanitari e determinare, al contempo, un cambio culturale dei professionisti della Salute in tema di prevenzione e promozione della salute, con la finalità di sviluppare l’*empowerment* dei cittadini e degli stessi operatori socio-sanitari per scelte consapevoli di salute.

L’attivazione di percorsi formativi regionali e aziendali, in tema di *counseling* motivazionale, rappresenta un valido strumento per qualsiasi operatore socio-sanitario interessato a contribuire, anche in contesti opportunistici, al cambiamento degli stili di vita a rischio.

I corsi di formazione, che si baseranno sul Modello Transteorico del Cambiamento (MTC) di Prochaska e Di Clemente, possono essere utilizzati in diversi contesti e *setting*: dal contesto sanitario a quello educativo; dal contesto assistenziale a quello preventivo (individuale e di gruppo).

Gli interventi motivazionali da attuare possono variare in intensità e complessità: dal breve consiglio di un operatore ad un ciclo strutturato di colloqui di durata molto maggiore, effettuato anche in contesti specialistici. Nel dettaglio si suddividono in:

Primo livello:

- avviso motivazionale breve (*minimal advice*);
- intervento motivazionale breve.

Secondo livello:

- *counseling* strutturato e colloquio motivazionale.

L’obiettivo dell’azione è di promuovere nei professionisti della salute la diffusione di competenze trasversali in ambito di promozione della salute a supporto della realizzazione delle azioni del Piano della Prevenzione, finalizzate a favorire il cambiamento degli stili di vita a rischio, avvalendosi della piattaforma didattica di Luoghi di Prevenzione. Un primo step consisterà nella partecipazione di professionisti della salute, individuati dalla Regione, alla "FAD 50" di Luoghi di Prevenzione. In seguito si prevede la disseminazione dei percorsi formativi sul counselling motivazionale "FAD 24", rivolti a operatori sanitari e sociosanitari dei contesti opportunistici e agli operatori dei servizi di medicina di competenza delle Aziende Sanitarie piemontesi.

L’azione è trasversale ad altri programmi, quali ad es. PP2, PP3, PP4, PL11, PL13, PL15.

TITOLO AZIONE	12.3 Promozione stili di vita salutari in contesti opportunistici
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Sviluppare iniziative di comunicazione finalizzate ad aumentare l'empowerment degli operatori del setting sanitario e dei cittadini, per promuovere capacità di scelta e comportamenti favorevoli alla salute	
INDICATORE OT04IT09	Comunicazione e informazione
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'accesso ai servizi sanitari rappresenta un'occasione per veicolare informazioni e promuovere comportamenti salutari; tali azioni vanno intraprese in raccordo con le politiche del territorio anche attraverso la valorizzazione di interventi e buone pratiche già sperimentate (iniziative di promozione della salute e della cultura). Occorre pertanto:

- realizzare una mappatura dei contesti opportunistici del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari:

- ambulatori infermieristici di iniziativa,
- ambulatori dei MMG/PLS,
- ambulatori screening,
- ambulatori vaccinali,
- farmacie di comunità,
- sportelli nutrizionali,
- medicina dello sport,
- centri antifumo,
- sportelli psicologici a supporto e integrati con i PDTA delle patologie croniche

in raccordo con PP2, PP3, PP4, PL 13, PL15;

- effettuare una analisi delle buone pratiche ed elaborare proposte/strumenti/modelli di intervento efficaci basati su criteri condivisi, estrapolando eventuali iniziative/attività da progetti già realizzati e da quanto prodotto nelle comunità di pratica dei Piani Locali Cronicità;

- agevolare la predisposizione di accordi regionali per l'inserimento di moduli specifici sulla promozione della salute/conselling motivazionale all'interno di percorsi formativi delle professioni sanitarie (scuola di formazione per MMG, corsi di laurea e master ad indirizzo sanitario);

- creare partnership e sviluppare co-proiezioni con i soggetti del Terzo Settore per azioni di empowerment ed engagement;

- diffondere le buone pratiche e gli strumenti validati con la realizzazione di iniziative di informazione/comunicazione, sia locali che regionali.

I gruppi locali multidisciplinari dovranno implementare le attività di counseling in accordo con il Gruppo regionale e sulla base delle azioni formative descritte nel presente programma.

TITOLO AZIONE	12.4 Promozione della salute nei luoghi di cura per il personale sanitario
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, ecc
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 (PP3) Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
INDICATORE OS01IS04 (PP3)	Luoghi di lavoro raggiunti dal programma (B)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Sviluppare iniziative di comunicazione finalizzate ad aumentare l'empowerment degli operatori del setting sanitario e dei cittadini, per promuovere capacità di scelta e comportamenti favorevoli alla salute	
INDICATORE OT04IT09	Comunicazione e informazione
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La pandemia ha fatto emergere il bisogno di ripensare l'organizzazione dei servizi sanitari e dei setting di cura. Gli operatori sanitari e socio-sanitari rappresentano la principale risorsa per generare il cambiamento. È necessario porre particolare attenzione alla promozione della loro salute in tutte le sue dimensioni (con specifica attenzione al divario territoriale, al divario di genere, al divario generazionale). Risulta pertanto particolarmente opportuno promuovere salute nei luoghi di cura in collaborazione con le strategie/i percorsi del PP3 ("Promozione della Salute negli ambienti di lavoro"- Workplace Health Promotion - WHP) e nello specifico sviluppare percorsi per il setting sanitario su ispirazione degli standard della Rete HPH (Health Promotion Hospital&Service).

Strategie per la realizzazione dei suddetti percorsi:

- il "gruppo ASL Rete WHP" multiprofessionale e multidisciplinare, previsto dal PP3, svolgerà autovalutazione, su ispirazione degli standard della rete HPH 2021;
- saranno proposte dai gruppi azioni di miglioramento (ciclo di Deming);
- dovrà essere curato l'accompagnamento nella gestione del cambiamento (azioni per lo sviluppo delle *soft skill* e della partecipazione).

L'azione risponde anche all'obiettivo specifico del PP3 n. OS01 "Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita" e al relativo indicatore n. OS01_IS04 "Luoghi di lavoro raggiunti dal programma (B)" (riferito alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere).

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	12.5 Promozione della salute in contesti territoriali deprivati
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, ecc
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT01IT01	Lenti di equità
OBIETTIVO OT03 Creazione di reti tra settori diversi della sanità e altri stakeholder	
INDICATORE OT03IT08	Accordi intersettoriali (b)
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il Profilo di Salute ed Equità consentirà, nel 2022, di individuare, per ogni azienda sanitaria locale, il contesto distrettuale che risulta maggiormente deprivato, in cui i portatori di una o più patologie croniche risultano essere coloro i quali hanno maggiormente risentito della pandemia per frequenza e gravità delle conseguenze.

Obiettivo è la predisposizione, per ogni azienda, di specifici progetti riguardanti le aree territoriali individuate, orientati alla prevenzione dei determinanti che maggiormente si ripercuotono sulle fasce fragili della popolazione, attraverso iniziative di prossimità ai gruppi vulnerabili, sia per la presa in carico e gestione delle malattie croniche che per la promozione della salute.

Nell'ottica della Integrated Community Care, ed in raccordo con i programmi PP2 e PP9, per sostenere l'azione delle strutture sanitarie per il miglioramento della salute dei cittadini portatori di patologie croniche, i progetti punteranno ad aumentare la qualità delle relazioni tra strutture e operatori sanitari e persone e soggetti collettivi e istituzionali del territorio, funzionali alla salute e alla prevenzione.

Piano di azione:

- costruzione dell'indice regionale di deprivazione e sua applicazione al territorio regionale;
- individuazione del distretto/zona territoriale maggiormente deprivata per ogni ASL;
- predisposizione di un iniziale piano di coinvolgimento degli stakeholder e dei soggetti collettivi e istituzionali del territorio;
- predisposizione per ogni area individuata di un progetto orientato a:
 - aumentare la capacità di controllo sulla propria salute da parte delle persone della comunità (empowerment);
 - garantire interventi di prevenzione e di assistenza a tutti ma in proporzione al bisogno di salute e alla vulnerabilità sociale (universalismo proporzionato);
 - valorizzare la capacità di diagnosi e di intervento che tutti i soggetti della comunità possono portare come contributo (partecipazione, comunità, intersettorialità);
 - attivare le azioni necessarie dei centri di responsabilità sovraordinati (multilivello);
 - sviluppare iniziative di comunicazione ad hoc per la cittadinanza.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Definizione dell'indice di deprivazione e mappatura delle aree del territorio			
DESCRIZIONE: A partire dalle fonti informative regionali disponibili in Piemonte, verrà definito e validato un indice di deprivazione regionale. Sulla base di tale indice verrà effettuata una mappatura delle aree dei territori della regione e per ogni distretti verranno definite le priorità di intervento				
ATTORI COINVOLTI	Servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3			
INDICATORE	Presenza di mappatura regionale per area di deprivazione			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: presenza mappatura regionale • Standard: presenza mappatura regionale • Fonte: Sistemi informativi regionali 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Presenza di mappatura regionale per area di deprivazione	--	--	--
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Promozione della salute nelle aree a maggior deprivazione dell'ASL			
DESCRIZIONE: Predisposizione, per ogni azienda, di specifici progetti riguardanti le aree territoriali individuate, orientati alla prevenzione dei determinanti che maggiormente si ripercuotono sulle fasce fragili della popolazione, attraverso iniziative di prossimità ai gruppi vulnerabili, sia per la presa in carico e gestione delle malattie croniche che per la promozione della salute. Nell'ottica della Integrated Community Care, ed in raccordo con i programmi PP2 e PP9, per sostenere l'azione delle strutture sanitarie per il miglioramento della salute dei cittadini portatori di patologie croniche i progetti punteranno ad aumentare la qualità delle relazioni tra strutture e operatori sanitari e persone e soggetti collettivi e istituzionali del territorio, funzionali alla salute e alla prevenzione.				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Coinvolgimento degli stakeholder del territorio				
ATTORI COINVOLTI	Stakeholder del territorio			
INDICATORE	Progetti di promozione della salute in aree a maggior deprivazione dell'ASL			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Presenza progetto • Standard: Presenza progetto • Fonte: Sistemi informativi regionali 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Progettazione in ogni ASL di almeno 1 progetto di promozione della salute mirato ai soggetti più svantaggiati	Avvio in ciascuna ASL di almeno 1 progetto di promozione della salute mirato ai soggetti più svantaggiati	Prosecuzione e monitoraggio del progetto	Valutazione dei risultati e dell'impatto del progetto

4.3 PL13 Alimenti e salute

4.3.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL13
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Angela Costa
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVI TRASVERSALI DI RIFERIMENTO	MO5 Ambiente, Clima e Salute MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva</p> <p>MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale)</p> <p>MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute</p> <p>MO1-14 Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti</p> <p>MO1-15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione</p> <p>MO1-16 Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione</p> <p>MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)</p> <p>MO6-09 Assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/richiamo dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso</p> <p>MO6-10 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva</p> <p>MO6-11 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)"</p> <p>MO6-12 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri)</p> <p>MO6-13 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti</p> <p>MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti</p> <p>MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano</p>

<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<p>MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina • contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol • riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà • contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile • riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato • aumento del consumo di frutta e verdura • prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) <p>MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione</p> <p>MO1LSf Implementazione di programmi di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni: per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti, per il controllo della disponibilità di sale iodato punti vendita e ristorazione collettiva, per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari</p> <p>MO1LSg Implementazione e sviluppo di programmi di formazione degli addetti alla preparazione/distribuzione di alimenti</p> <p>MO1LSi Implementazione di programmi regionali di formazione delle Autorità competenti per favorire l'attuazione dei Reg. 1924/2006 e 1169/2011 per quanto riguarda le indicazioni nutrizionali e salutistiche fornite sui prodotti alimentari</p> <p>MO1LSj Attivazione di un gruppo di coordinamento regionale e aziendale per il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto</p> <p>MO6LSi Realizzazione di un programma regionale di formazione</p> <p>MO6LSj Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione diretti al personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari</p> <p>MO6LSk Promuovere iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti</p> <p>MO6LSm Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web</p> <p>MO6LSn Istituzione di un laboratorio di riferimento regionale per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano o attivazione di una convenzione con un laboratorio di riferimento di un'altra Regione/PA</p> <p>MO6LSl Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA</p>
<p>LEA</p>	<p>A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse</p> <p>E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04</p> <p>E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari</p> <p>F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)</p> <p>F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione</p> <p>F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari</p>

4.3.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Da diversi anni, sempre maggiore attenzione viene attribuita ai rischi nutrizionali per il loro crescente impatto sulla salute della popolazione. Sovrappeso ed obesità sono responsabili di circa l'80% dei casi di diabete tipo 2, del 55% dei casi di ipertensione arteriosa e del 35% dei casi di cardiopatia ischemica; l'aspettativa di vita in media nel paziente obeso si riduce di circa 6 anni.

L'alimentazione è uno dei fattori che maggiormente incidono sullo sviluppo, sul rendimento e sulla produttività dei cittadini, sulla qualità della vita e sulle condizioni psico-fisiche con cui si affronta

l'invecchiamento. 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/monitoraggio e programmi di prevenzione.

Con riferimento ai dati di OKkio alla Salute, in Piemonte tra i bambini l'1,7% risulta in condizioni di obesità grave (in Italia il 2,4%), il 5,3% risulta obeso (in Italia il 9,4%), il 18,5% in sovrappeso (in Italia 20,4%). Il 72,9% dei bambini piemontesi è normopeso mentre si registra un 1,6% di sottopeso. Il rischio di sovrappeso e obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 30,6% per titolo di scuola elementare o media, a 25,6% per diploma di scuola superiore, a 19% per la laurea. Dai dati emerge anche che quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 20,5% dei bambini risulta in sovrappeso e il 6,6% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 27,8% dei bambini è in sovrappeso e il 15,4% obeso.

Riguardo al dato specifico sulle abitudini alimentari, sempre dai dati di OKkio si rileva che il 57,7% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata, il 6,8% non fa colazione (più nei bambini rispetto alle bambine, 7,2% versus 6,4%) e il 35,5% non la fa qualitativamente adeguata.

Solo il 24,3% dei bambini consuma la frutta 2-3 volte al giorno, ancora più bassa la percentuale di quelli che consumano verdura almeno 2-3 volte al giorno. Il 7,4% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate quasi tutti i giorni e il 5,8% almeno una volta al giorno. Il 46,3% dei bambini non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana.

Ben il 47,6% delle madri di bambini sovrappeso e l'8,5% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso. Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino. Analoga situazione si presenta nelle famiglie di bambini obesi. Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, l'accuratezza della percezione non cambia in rapporto al titolo di studio della madre. Analoga situazione si presenta nelle famiglie di bambini obesi. Solo il 24,6% delle madri di bambini sovrappeso e il 9,9% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.

Per tutte le abitudini alimentari dei bambini si nota un netto miglioramento proporzionale al crescere del livello di scolarità delle madri.

Per quanto riguarda la fascia di età 11-15 anni, i dati raccolti nel 2018 in Piemonte dalla sorveglianza HBSC ci mostrano una situazione abbastanza in linea con quella osservata nei bambini: gli adolescenti in eccesso di peso sono il 15,7% e di questi il 2,3% è obeso, i normopeso sono l'81% ed il 3,2% è sottopeso. Esiste una importante differenza di genere che mostra come, per tutte le età, la percentuale di maschi sovrappeso e obesi sia il doppio di quella delle femmine.

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola, ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età.

Negli adolescenti il consumo di frutta con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie "Tra 2 e 4 giorni a settimana", "Una volta al giorno tutti i giorni" e "Più di una volta al giorno".

Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie "Tra 2 e 4 giorni a settimana" con una percentuale maggiore di quindicenni.

Non si riscontrano sostanziali differenze di genere nel consumo dei diversi alimenti se non per il consumo di verdura: le ragazze che consumano verdura almeno una volta al giorno sono circa il 44% contro il 34% dei ragazzi.

Per quanto riguarda le differenze per età, si riscontra fra i maschi un calo nel consumo di frutta all'avanzare dell'età (42% degli undicenni contro il 34% dei quindicenni) e un aumento di quanti consumano cereali almeno una volta al giorno (52% dei ragazzi di 11 anni, 61% di 13 anni e 69% di 15 anni).

Più della metà degli adolescenti (62,1%) si percepisce "più o meno della taglia giusta". Circa un quarto (24,5%) si percepisce "un po' troppo grasso" o "decisamente troppo grasso". Questa percezione è meno rilevante fra i ragazzi più giovani (20,2% degli undicenni, 24,8% dei tredicenni, 24,4% dei quindicenni). All'aumentare dell'età aumenta la quota delle ragazze che si percepiscono "grasse o molto grasse", tale convinzione è decisamente maggiore nelle femmine rispetto ai maschi, a tutte le età.

In generale il 47% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considera il proprio peso giusto. Il 22% non è a dieta ma ritiene di dover perdere qualche chilo. Il 18% dei ragazzi è a dieta. La maggior

differenza per età si riscontra fra quanti ritengono di essere del peso giusto; all'aumentare dell'età la percentuale di ragazzi soddisfatti del proprio peso si riduce (53% degli undicenni contro 41% dei quindicenni).

Secondo i dati della sorveglianza PASSI che riguarda la popolazione adulta, in Piemonte, più di 1 persona su 3 (37,5%) è in eccesso ponderale; nello stesso periodo, nel pool nazionale di ASL partecipanti, tale percentuale è risultata del 42,5%. Sia il sovrappeso che l'obesità aumentano all'aumentare dell'età, al diminuire del livello d'istruzione. L'eccesso ponderale è più diffuso negli uomini. L'obesità aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche. Vi è una corretta percezione del proprio peso negli obesi (89%) e nei normopeso (85%) ma solo il 48% dei sovrappeso riesce a comprendere che il proprio peso è troppo alto. La percezione varia in relazione al sesso: tra i sotto/normopeso l'83% delle donne e l'88% degli uomini valutano il proprio peso correttamente, mentre tra i sovrappeso oltre 6 uomini su 10 (61%) e oltre 3 donne su 10 (33%) non capiscono che il proprio peso è alto. La percezione del proprio peso di fatto condiziona il cambiamento verso uno stile di vita più attivo.

Riguardo l'atteggiamento dei sanitari, in Piemonte è stato consigliato di perdere peso da un medico o altro operatore sanitario al 50% delle persone in eccesso ponderale (42% dei sovrappeso ed il 77% degli obesi).

Il 25% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (il 23% dei sovrappeso e il 31% degli obesi); questa percentuale è significativamente più alta nelle donne (34% rispetto a 19% negli uomini).

Sempre dai dati PASSI emerge nel territorio regionale una certa variabilità nella condizione nutrizionale e nei comportamenti di salute osservati: nell'analisi 2015-2018, la prevalenza di persone in eccesso ponderale varia dal 31% dell'ASL CN1 al 42% dell'ASL TO3 (media regionale 37,5%).

Dall'analisi delle disuguaglianze sociali nei consumi alimentari scorretti presente nell'indagine Istat "Disuguali a tavola, ma non troppo: le differenze sociali nell'alimentazione in Italia prima e durante la crisi" emerge che le disuguaglianze di genere appaiono limitate e non sembrerebbero implicare un forte bisogno di una ricalibratura delle linee guida alimentari specifiche per genere, mentre le disuguaglianze sociali sembrano più articolate. In generale, nonostante siano quasi sempre a svantaggio delle persone meno istruite, il gradiente sociale non raggiunge mai l'intensità di quelli osservati ad esempio per l'obesità. Nello specifico si riscontrano importanti disuguaglianze nella prevalenza delle abitudini alimentari scorrette, di carattere sociale (a sfavore dei meno istruiti: nel consumo eccessivo di carni, carboidrati, alimenti ricchi di sale; nel consumo deficitario di pesce; nell'abitudine a non fare la prima colazione) e geografico (si registra nel nord-ovest un eccesso nel consumo di carni, grassi e carboidrati; al sud un minor consumo di frutta e verdura, e un forte eccesso nell'obesità e sovrappeso e nell'abitudine a non fare colazione; nelle Isole, per il consumo di sale).

Il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie in tutta la filiera alimentare, dal dopoguerra ad oggi, ha portato a un'importante riduzione delle zoonosi e delle malattie a trasmissione alimentare nell'uomo e a un indiscutibile accrescimento della qualità e sicurezza degli alimenti presenti sulle nostre tavole. Purtroppo dati spesso incompleti non riescono a rappresentare con precisione l'entità del carico di malattia, anche se risulta chiaro che il peso globale delle malattie di origine alimentare è ancora considerevole. Uno studio del WHO ha stimato che i 31 pericoli di origine alimentare nell'anno 2010 hanno causato un totale di 33 milioni di DALYs. I bambini con un'età inferiore ai 5 anni hanno sostenuto il 40% del carico delle malattie di origine alimentare. Il carico delle MTA risulta dell'ordine di grandezza delle "tre grandi" malattie infettive (HIV/AIDS, malaria e tubercolosi), con rispettivamente 82 milioni, 82 milioni e 49 milioni di DALYs e dell'inquinamento atmosferico (76 milioni di DALYs), ma nettamente inferiore al peso dei fattori di rischio legati alla dieta (254 milioni di DALYs) o a condizioni igienico-sanitarie carenti ed acqua non potabile (211 milioni di DALYs). L'ultimo report annuale EFSA_ECDC sulle zoonosi, agenti zoonotici e sui focolai epidemici di malattie a trasmissione alimentare, relativo ai dati raccolti nel 2019, evidenzia che nel 2019, 27 Paesi dell'Unione Europea hanno segnalato 5175 focolai epidemici di origine alimentare responsabili di 49.463 casi, 3859 ricoveri ospedalieri e 60 decessi (20 in più rispetto al 2018, +50%). Nei focolai epidemici, Salmonella è l'agente maggiormente identificato (926 focolai) ed è anche quello che ha richiesto il maggior numero di ricoveri (1915). Le principali fonti di infezione sono state "uova e prodotti a base di uova", seguiti da "prodotti da

forno”, “carne di maiale e prodotti derivati” e “alimenti composti”. *Listeria monocytogenes* è stato responsabile di oltre la metà dei decessi registrati in corso di epidemia (31 casi, 10 in più rispetto al 2018 e 29 in più rispetto al 2017). In relazione al totale degli episodi registrati nell’ambito della ristorazione collettiva, un elevato numero di casi si è verificato nei contesti scolastici (compresi gli asili) (2407 casi; 18% del totale) sebbene la maggioranza dei casi epidemici fosse associata a cibi contaminati consumati in ristoranti, caffè pub, ecc. (2978; 23% dei casi) e in ambito domestico (2605; 19% dei casi). Nell’ultimo report MTA-Piemonte del 2020 sono registrati 25 episodi di MTA, in riduzione rispetto al 2019, anche a causa dell’emergenza Covid che ha spostato l’attenzione e influenzato i livelli di notifica delle MTA; in generale, sono aumentate le misure di protezione e prevenzione individuali e collettive nelle occasioni di convivialità e ristorazione fuori casa. Gli agenti patogeni principalmente individuati come agente causale sia negli episodi MTA che nei casi singoli sono stati, come negli anni passati, *Salmonella* e *Campylobacter*.

Il programma 13 “Alimenti e salute” si pone in continuità con il precedente programma “Sanità Veterinaria e sicurezza alimentare” del Piano Regionale di prevenzione 2014-2019. Rispetto al precedente programma non sono state inserite le azioni più specifiche di “sicurezza alimentare” che sono tipicamente programmate, effettuate e rendicontate, sia a livello regionale sia locale, nell’ambito del Piano integrato dei controlli ufficiali in sicurezza alimentare (PRISA/PAISA). Si è inoltre cercato di considerare gli scenari produttivi, ambientali e di consumo che inevitabilmente influenzeranno la nostra alimentazione nei prossimi anni dei quali tener conto nello sviluppare le programmazioni annuali.

Nel 2020 è stata già avviata una transizione verso le logiche del nuovo piano. Le azioni programmate, pur incardinate nel modello strutturale previsto dal precedente Piano, sono state rese coerenti con le linee tracciate dal nuovo PNP 2020-2025. A consuntivo dell’attività svolta, e in considerazione della particolare situazione di emergenza sanitaria che ha coinvolto l’intera nazione e che, anche in Piemonte, ha portato a impegnare buona parte del personale dei Servizi delle ASL per il contenimento dei contagi da Covid-19, sono stati registrati risultati soddisfacenti soprattutto per quel che concerne lo sviluppo a livello locale delle attività previste in programmazione.

Sorveglianza nutrizionale

Sono state attuate con regolarità a livello regionale e di ASL le sorveglianze di popolazione “Sorveglianza -0-2”, “OKkio alla Salute”, HBSC, PASSI, che forniscono molte informazioni su condizione nutrizionale e comportamenti in ambito alimentare. Oltre a queste sorveglianze sono state implementate specifiche raccolte dati sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva dai bambini e sulla qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva mediante apposite schede di vigilanza/monitoraggio nutrizionale. Tutte queste informazioni raccolte in maniera sistematica vengono utilizzate per ottenere “profili nutrizionali” della popolazione o di determinati prodotti/produzioni alimentari. Sarà molto importante oltre a continuare tali attività migliorare la capacità di utilizzo delle informazioni che derivano da questi strumenti di sorveglianza/monitoraggio per definire priorità di intervento e per migliorare contenuti e messaggi nelle attività di formazione, informazione e comunicazione rivolte alla popolazione generale e al consumatore.

Vigilanza/monitoraggio nutrizionale nelle ristorazioni collettive (scolastica, assistenziale, ospedaliera)

L’impegno dei servizi in quest’ambito (valutazione menu, supporto alla stesura dei capitolati d’appalto, sorveglianza nutrizionale, formazione operatori mense) ha prodotto una maggiore attenzione nella formulazione dei menu e una migliore gestione del rischio nutrizionale da parte degli enti gestori. Anche in questo ambito è necessario dare continuità alle attività di vigilanza nutrizionale nella ristorazione collettiva, in presenza e a distanza, utilizzando gli appositi strumenti (schede di valutazione del rischio nutrizionale) prodotti in questi anni. Devono essere promossi interventi di miglioramento della qualità nutrizionale dell’offerta alimentare (limitazioni nel contenuto del sale, utilizzo di sale iodato, gestione del rischio allergeni e diete speciali, corretta porzionatura degli alimenti, promozione consumi frutta e

verdura, gestione avanzata e limitazioni sprechi alimentari, ecc.) migliorando le conoscenze e capacità di gestione del rischio nutrizionale degli operatori con azioni di informazione e formazione. La capacità di gestione del rischio nutrizionale da parte dell'OSA potrà essere monitorata mediante raccolta e organizzazione delle informazioni disponibili; un'apposita area del Sistema informativo unificato regionale è stata dedicata alla nutrizione e alla raccolta dati in quest'ambito.

Comunicazione, informazione, formazione, counseling

Le attività di formazione, comunicazione, informazione, counseling in ambito nutrizionale sono state solitamente associate a progetti e programmi specifici e sono state rivolte ad OSA, consumatori, studenti, insegnanti, famiglie o svolte in collaborazione con il Piano cronicità. Proiezioni specifiche in questi anni sono state avviate e necessitano di essere implementate su importanti obiettivi di salute quali la riduzione del consumo di sale e l'utilizzo del sale iodato, la promozione del consumo di frutta e verdura, il consumo di snack salutari, la riduzione degli sprechi alimentari. Per tutti questi programmi sono stati prodotti materiali informativi (poster, locandine, linee guida), organizzati percorsi formativi, attuate azioni di informazione e comunicazione. Tali azioni dovranno proseguire ed essere implementate anche nel nuovo PRP.

Malattie trasmesse da alimenti

In Piemonte il sistema di sorveglianza delle malattie trasmesse dagli alimenti (MTA), che integra le informazioni provenienti dal sistema di notifica delle malattie infettive (SIMI), le segnalazioni delle positività per enteropatogeni dei laboratori clinici e le positività riscontrate nelle attività di campionamento sugli alimenti, pur con tutte le criticità legate alle problematiche di sottotifica e sottodiagnosi rappresenta un riferimento importante. Nei report annuali viene spesso riscontrata a livello territoriale una distribuzione disomogenea dell'incidenza delle MTA, influenzata dalla diversa organizzazione territoriale e dalla sensibilità dei sistemi di segnalazione/notifica. Tale sistema potrà essere migliorato lavorando per l'integrazione e il coordinamento tra le diverse capacità di sorveglianza, epidemiologica e di laboratorio, nonché tra i differenti ambiti (umano, veterinario e ambientale) anche attraverso la condivisione di strumenti e procedure e l'elaborazione di specifici programmi di formazione rivolti a tutti i soggetti coinvolti nella gestione delle MTA.

A livello nazionale sono stati espressi indirizzi per orientare le scelte regionali in materia di nutrizione. Il documento "Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie di intervento 2016-2019" (Conferenza Stato-Regioni del 24.11.2016) identifica la nutrizione preventiva e clinica come ambito centrale per lo sviluppo di azioni concrete volte a contrastare patologie croniche non trasmissibili e ridurre l'impatto che esse hanno sullo stato di salute della popolazione. Per raggiungere tali obiettivi appare necessario sviluppare un'efficace rete pubblica d'intervento in grado di integrare le componenti legate alla nutrizione preventiva e alla nutrizione clinica.

4.3.3 Scheda di programma

Descrizione

Il Programma si propone come obiettivo principale di promuovere la diffusione di una cultura del consumo alimentare consapevole, responsabile e sostenibile.

La dieta si evolve nel tempo, essendo influenzata da molti fattori sociali ed economici che interagiscono in maniera complessa: il reddito, i prezzi del cibo (che influenzeranno la disponibilità e l'accessibilità economica a cibi sani), le preferenze e le credenze individuali, le tradizioni culturali e gli aspetti geografici e ambientali (incluso il cambiamento climatico). Pertanto, la promozione di un ambiente alimentare sano, che favorisca una dieta diversificata ed equilibrata, richiede il coinvolgimento di più settori e parti interessate, inclusi i settori pubblico e privato, che dovrebbero lavorare in sinergia al fine di:

1. creare coerenza nelle politiche e nei piani di investimento, comprese le politiche commerciali, alimentari e agricole, per promuovere una dieta sana e proteggere la salute pubblica:
 - incoraggiare la riformulazione dei prodotti alimentari per ridurre il contenuto di grassi saturi, grassi trans, zuccheri liberi e sale/sodio;
 - stabilire standard per promuovere pratiche dietetiche sane garantendo la disponibilità di alimenti sani, nutrienti, sicuri e convenienti nelle scuole, in altre istituzioni pubbliche e nei luoghi di lavoro;
 - esplorare strumenti normativi e volontari (ad es. regolamenti di marketing e politiche di etichettatura nutrizionale) per promuovere una dieta sana;
 - incoraggiare i servizi di ristorazione a migliorare la qualità nutrizionale degli alimenti, garantendo la disponibilità e l'accessibilità di scelte salutari, e rivedere le dimensioni delle porzioni e i prezzi;
2. incoraggiare la domanda di cibi e pasti sani:
 - promuovere la consapevolezza dei consumatori;
 - sviluppare politiche e programmi scolastici che incoraggino i bambini ad adottare e mantenere una dieta sana;
 - educare bambini, adolescenti e adulti alla nutrizione e alle pratiche dietetiche sane;
 - incoraggiare le abilità culinarie dei bambini;
 - supportare le informazioni sul punto vendita, anche attraverso un'etichettatura nutrizionale che garantisca informazioni accurate, standardizzate e comprensibili (in linea con le linee guida della Commissione del Codex Alimentarius);
 - fornire consulenza nutrizionale e dietetica presso strutture sanitarie primarie;
3. promuovere pratiche adeguate di alimentazione dei neonati e dei bambini piccoli, in particolare proteggere e sostenere l'allattamento al seno nei servizi sanitari e nella comunità, anche attraverso iniziative ospedaliere a misura di bambino.

Alle sfide specificatamente nutrizionali, quali la prevenzione dell'obesità e di diverse forme di malnutrizione, si stanno affiancando le sfide legate alla salute del pianeta. È ormai ben noto come le scelte alimentari abbiano un impatto rilevante sul consumo di acqua e di suolo, sui cambiamenti climatici, oltre che, naturalmente, su numerosi aspetti sociali, etici ed economici che minacciano la sicurezza alimentare futura: la salute dell'uomo non può prescindere dalla salute dell'ecosistema. Per i prodotti trasformati e conservati, l'imballaggio è il principale contributore all'impatto ambientale, anche se il riciclo ne permette una sostanziale riduzione. Invece, per i prodotti non trasformati e conservati diversi studi dimostrano che la riduzione del consumo di carne a favore di alimenti di origine vegetale può contribuire alla sostenibilità e alla riduzione dei costi ambientali del sistema agroalimentare. Alcuni aspetti della produzione degli alimenti di origine vegetale possono determinare un impatto negativo sull'ambiente, quali il fuori stagione, la coltivazione in serra e alcune pratiche di trasporto e conservazione. Inoltre, alcuni servizi aggiuntivi all'alimento fresco (ad es. insalata lavata e tagliata, frutta presentata a cubetti e confezionata ecc.), indubbiamente graditi dal consumatore, presentano un maggior costo ambientale; va considerata anche la facilità di deterioramento degli alimenti freschi che contribuisce a determinare la propensione a generare scarti. È necessario quindi proporre modelli di consumo di frutta e verdura che tengano conto delle raccomandazioni nutrizionali e della disponibilità degli alimenti di stagione.

Il Programma si avvale di un gruppo di lavoro intersettoriale di ricerca e documentazione sui determinanti di salute correlati all'alimentazione. Il gruppo avrà il compito di condurre una analisi della letteratura disponibile sulle tematiche alimentari e nutrizionali che potrà contribuire a implementare un repository di documentazione evidence-based, accompagnata da una analisi delle conoscenze e della percezione del rischio da parte degli operatori alimentari (OSA) e della popolazione dei consumatori, su particolari tematiche quali allergie e intolleranze, etichettatura nutrizionale, utilizzo del sale iodato, obblighi di garanzia della rintracciabilità di materie prime e prodotto finito, salubrità degli alimenti posti in commercio, corretta conservazione e cottura degli alimenti in ambito domestico. La base di conoscenze ottenuta sarà di supporto alla definizione di standard formativi per gli operatori del controllo ufficiale, gli operatori della ristorazione (pubblica e collettiva) e gli altri soggetti che operano lungo l'intera filiera agro-alimentare. Sarà messo a punto un programma di informazione e comunicazione rivolto alla popolazione generale per migliorare la consapevolezza relativa alla dieta sana, equilibrata e sostenibile.

Il gruppo inoltre supporterà la progettazione di strategie e interventi di prevenzione nei percorsi delle MCNT integrando competenze e ruoli del territorio e delle strutture cliniche, in stretto raccordo con quanto previsto nel PL12.

Sarà definito un approccio integrato per la prevenzione, l'intercettazione precoce e la gestione della malnutrizione, integrando le strutture del territorio e cliniche, in collaborazione con MMG e PLS.

L'azione orientata all'equità sarà co-condotta con il PP1 in quanto sarà rivolta al setting scolastico, con l'obiettivo di contrastare sovrappeso/obesità nei bambini nelle aree della regione a maggiore prevalenza.

Il programma di comunicazione terrà conto di quanto già avviato con il precedente PRP: la campagna "Con meno sale la salute sale", frutto di un accordo di collaborazione con l'Associazione regionale Panificatori, che si sono impegnati a produrre linee di pane con meno sale e fornire informazioni ai clienti sull'importanza di ridurre il consumo di sale attraverso poster e opuscoli; "Acquista bene, conserva meglio", campagna di sensibilizzazione sulla corretta gestione degli alimenti in ambito domestico, frutto di un accordo tra la Regione e le associazioni dei produttori, dei commercianti e dei consumatori e fondata sui "cinque punti chiave per alimenti più sicuri" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Saranno mantenuti i sistemi di sorveglianza sulla salute e gli stili di vita, quali strumenti indispensabili per analizzare i bisogni di salute e costruire le basi informative a supporto della programmazione degli interventi di prevenzione e valutarne i risultati. In Piemonte, oltre alle raccolte dati nazionali "Sorveglianza 0-2", "OKkio alla Salute", "HBSC" e "PASSI", sono state implementate specifiche raccolte dati sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva dai bambini e sulla qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva; dovrà essere migliorata la capacità di utilizzo delle informazioni che ne derivano per definire priorità di intervento e per migliorare contenuti e messaggi nelle attività di formazione, informazione e comunicazione.

Saranno consolidate le attività di vigilanza nutrizionale nella ristorazione collettiva (scolastica in particolare) con appositi strumenti (schede di valutazione del rischio nutrizionale), da attuare in concomitanza alle ordinarie attività di controllo ufficiale sugli OSA. Tali attività saranno integrate con azioni di informazione e formazione degli operatori, interventi di miglioramento della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare (limitazioni nel contenuto del sale, utilizzo di sale iodato, gestione del rischio allergeni e diete speciali, corretta porzionatura degli alimenti, promozione dei consumi di frutta e verdura, gestione avanzata e limitazioni sprechi alimentari, ecc.). Un'apposita area del Sistema informativo unificato regionale è dedicata alla nutrizione e alla raccolta dati in quest'ambito.

Anche il sistema di sorveglianza e gestione delle malattie trasmesse da alimenti (MTA) sarà consolidato e sviluppato, in raccordo con il PL14.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Le abitudini alimentari sono tra i maggiori determinanti della salute e del carico globale di malattia e la gran parte dei Paesi nel mondo è afflitta da uno o più problemi legati alla malnutrizione dovuti, in alcuni casi, alla carenza acuta o cronica di cibo e quindi dei nutrienti necessari allo sviluppo e al mantenimento dello stato di salute, in altri ad un'alimentazione squilibrata a causa di eccessi nel consumo di alimenti, in altri ancora, in particolare nei Paesi industrializzati, ad un mix delle due situazioni precedenti con eccessi nel consumo di zuccheri, grassi e proteine da parte di alcune fasce di popolazione e carenze di micronutrienti importanti, come ferro e calcio in altre fasce (1).

La Regione Europea presenta il carico di malattie non trasmissibili più elevato al mondo. Due gruppi di malattie, le malattie cardiovascolari e il cancro, provocano almeno tre quarti della mortalità nella Regione, mentre tre grandi gruppi di malattie – le malattie cardiovascolari, il cancro e i disturbi mentali – costituiscono più della metà del carico di malattia (misurato utilizzando l'indicatore DALYs – anni di vita corretti per disabilità). La mortalità prematura è evitabile in molti casi: secondo le stime, almeno l'80% delle malattie cardiache, degli ictus e del diabete di tipo 2, e almeno un terzo dei casi di tumore si possono prevenire. Le disuguaglianze nel carico di malattie non trasmissibili in ogni singolo paese e tra i diversi paesi dimostrano che il guadagno possibile di salute è ancora potenzialmente enorme (2).

Tra i comportamenti a rischio più importanti per la popolazione italiana abbiamo il basso consumo di cereali integrali, di frutta secca in guscio, di frutta e verdura da un lato, e dall'altro il consumo eccessivo di sale. Tutti questi fattori legati alla dieta (e dunque modificabili) causano un notevole carico di malattie (cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie, diabete tipo 2 e altre patologie non trasmissibili), che insieme rappresentano una priorità di salute pubblica per il nostro Paese. Una grande mole di evidenze dimostra che uno stile di vita sano, con abitudini alimentari migliori e attività fisica regolare contribuiscono al raggiungimento ed al mantenimento di un buono stato di salute, determinando un minore rischio di malattie croniche in tutte le fasi della vita, una minore spesa sanitaria, una maggiore produttività, un invecchiamento in salute (1).

Il WHO nel 2020 ha indicato l'obiettivo di ridurre le malattie croniche non trasmissibili del 25% entro il 2025 (3). Pertanto la promozione di politiche che tendano a favorire scelte alimentari protettive per la salute è estremamente urgente nei vari Paesi del mondo (1).

Il consumo di una "dieta sana" per tutto il corso della vita aiuta a prevenire la malnutrizione in tutte le sue forme, nonché una serie di malattie e condizioni non trasmissibili (NCD). Tuttavia, l'aumento della produzione di alimenti trasformati, la rapida urbanizzazione e il cambiamento degli stili di vita hanno portato a un cambiamento nei modelli dietetici. Le persone ora consumano più cibi ricchi di energia, grassi, zuccheri liberi e sale/sodio, e molte persone non mangiano abbastanza frutta, verdura e altre fibre alimentari come i cereali integrali. L'esatta composizione di una dieta equilibrata e sana varierà a seconda delle caratteristiche individuali (ad es. età, sesso, stile di vita e grado di attività fisica), contesto culturale, cibi disponibili localmente e abitudini alimentari. Tuttavia, i principi di base di ciò che costituisce una dieta sana rimangono gli stessi (4).

La "dieta sana" è in linea con il Piano d'azione globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, infatti le prove provenienti da studi epidemiologici e studi clinici indicano che questi tipi di modelli dietetici riducono i rischi di malattie non trasmissibili (che vanno dalle malattie cardiovascolari al cancro), pertanto sono necessari ulteriori sforzi per integrare le scelte dietetiche e di stile di vita sane nella vita quotidiana nelle comunità di tutto il mondo e per rendere un'alimentazione sana accessibile, realizzabile e sostenibile (5).

Dal momento che la popolazione consuma alimenti e non sostanze nutritive, le raccomandazioni dovranno essere orientate verso la promozione di gruppi di alimenti salutari (varietà di verdure di tutti i sottogruppi, legumi, frutta soprattutto intera, cereali di cui almeno la metà integrali, latticini senza o a basso contenuto di grassi, varietà degli alimenti proteici - inclusi frutti di mare, carne magra, pollame, uova, soia - e oli) con riduzione di grassi saturi, trans, zuccheri liberi e sodio (6).

Gli alimenti, inoltre, potrebbero essere fonte di esposizione a pericoli di diversa natura: chimica, fisica, microbiologica. Infatti le malattie trasmesse da alimenti (MTA) rappresentano ancora un rilevante problema di sanità pubblica.

L'ultimo report annuale EFSA-ECDC relativo ai dati raccolti nel 2019 nei 27 Paesi dell'Unione europea, evidenzia un aumento dei focolai epidemici del 50% (20 in più rispetto al 2018) (7). Mentre in Regione Piemonte i dati del 2019, sovrapponibili all'anno precedente, evidenziano n. 24 focolai che coinvolgono alimenti quali le carni rosse e i prodotti derivati (22%) e gli alimenti misti (22%) (8). Pertanto, trattandosi di zoonosi, è un tema di salute che vede coinvolte diverse competenze mediche e veterinarie.

Bibliografia

(1) Linee guida CREA 2017

(2) WHO. "SALUTE 2020: un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere". 2013

(3) Who Global Action Plan for the Prevention and Control of Ncds 2013-2020

(4) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> scaricato il 27.7.2021

(5) Cena H, Calder PC. Defining a Healthy Diet: Evidence for the Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. Review. *Nutrients* 2020, 12, 334

(6) Neuhauser ML. The Importance of Healthy Dietary Patterns in Chronic Disease Prevention. *Nutr Res.* 2019 October; 70: 3-6

(7) The European Union One Health 2019 Zoonoses Report European Food Safety Authority European Centre for Disease Prevention and Control *EFSA Journal* 2021;19(2):6406 scaricato il 31.8.2021

(8) Sistema Integrato di Sorveglianza delle Malattie Trasmesse da Alimenti della Regione Piemonte Rapporto 2020. Scaricato il 31.8.2021

4.3.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PL13_OT02	Instaurare un confronto sulle tematiche della dieta sana e sostenibile tra le diverse componenti del Servizio Sanitario Regionale e tra queste e altre strutture regionali			
INDICATORE PL13_OT02_IT02	Attivazione di gruppi intersettoriali a livello regionale nei quali siano presenti i soggetti che a vario titolo e con ruoli diversi intervengono nella filiera agro-alimentare.			
formula	Presenza di gruppi di lavoro intersettoriali. Produzione di indirizzi operativi, linee guida, documentazione di approfondimento. Organizzazione di eventi formativi.			
Standard	Almeno un gruppo formalizzato entro il 2022. Produzione di documenti scientifici o di indirizzo a partire dal 2023. Disponibilità di repository dal 2024. Evento rivolto agli stakeholders nel 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Almeno un gruppo attivato	Produzione di almeno un documento di indirizzi operativi, linee guida, documentazione di approfondimento	Disponibilità di un repository di documentazione evidence-based	Aggiornamento repository. Almeno un evento regionale di confronto con gli stakeholders
Fonte	Regione Piemonte			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PL13_OT03	Analizzare i bisogni formativi ed elaborare programmi di formazione annuali per il personale sanitario, le associazioni di categoria, gli operatori commerciali, anche mediante il coordinamento delle iniziative locali.			
INDICATORE PL13_OT03_IT03	Programma di formazione regionale che preveda un coordinamento degli eventi formativi regionali e locali, su: caratteristiche e impatto sulla salute, dal punto di vista nutrizionale e della sicurezza, delle diverse componenti degli alimenti; valutazione costo/beneficio delle scelte nutrizionali; caratteristiche e impatto sull'ambiente dei principali ingredienti degli alimenti; importanza e strumenti per la riduzione degli sprechi			
formula	Programma di formazione coordinato a livello regionale. Programmi e procedure per la formazione a cascata integrata tra le diverse componenti del SSR			
Standard	Progettazione di almeno 1 percorso formativo coordinato a livello regionale entro il 2022; corsi a cascata nelle ASL a partire dal 2023			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Progettazione percorso formativo coordinato a livello regionale	Formazione a cascata nelle ASL	Formazione a cascata nelle ASL	Formazione a cascata nelle ASL
Fonte	Regione Piemonte			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PL13_OT04	Progettare un programma di comunicazione finalizzato ad aumentare l'empowerment del cittadino, promuovere capacità di scelta e comportamenti favorevoli alla salute.			
INDICATORE PL13_OT04_IT04	Predisporre un programma di comunicazione pluriennale rivolto ai diversi settori delle filiere di produzione e commercializzazione degli alimenti e ai consumatori, coordinato e integrato tra i diversi servizi che possono svolgere un ruolo nella promozione di una dieta sana			
formula	Disponibilità del programma di comunicazione pluriennale e predisposizione interventi di informazione e sensibilizzazione			
Standard	Programma di comunicazione disponibile nel 2022. Realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione, nell'ambito del programma pluriennale, ogni anno a partire dal 2023.			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Progettazione del programma di comunicazione pluriennale	Almeno un intervento di informazione e sensibilizzazione	Almeno un intervento di informazione e sensibilizzazione	Almeno un intervento di informazione e sensibilizzazione
Fonte	Regione Piemonte			

EQUITÀ

OBIETTIVO PL13_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
INDICATORE PL13_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.3.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PL13_OS04	Promuovere una dieta sana e stili di vita salutari nei percorsi dedicati alle principali patologie croniche			
INDICATORE PL13_OS04_IS04	Integrazione di interventi evidence-based nei percorsi delle principali patologie croniche non trasmissibili			
formula	Progettazione integrata di strategie e interventi di prevenzione nei percorsi delle MCNT			
Standard	Ricognizione attività nel 2022, relazione annuale sulle attività integrate a partire dal 2023			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Ricognizione attività presenti sul territorio	Relazione attività integrate	Relazione attività integrate	Relazione attività integrate
Fonte	Regione Piemonte			
OBIETTIVO PL13_OS05	Potenziare il sistema di sorveglianza e gestione MTA			
INDICATORE PL13_OS05_IS07	Promuovere un approccio comune e condiviso dalle ASL e dagli altri attori istituzionali per la gestione delle malattie trasmesse da alimenti (MTA)			
formula	Aggiornamento e implementazione degli strumenti per potenziare le indagini epidemiologiche sulle MTA.			
Standard	- Centro Regionale di Riferimento per le MTA definito formalmente; - istruzioni operative e i sistemi di sorveglianza informatici regionali aggiornati; - istruzioni operative aziendali per la gestione delle malattie trasmesse da alimenti, aggiornate in coerenza con le indicazioni regionali.			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Aggiornamento reportistica e pubblicazione sul sito istituzionale. Aggiornamento ed implementazione di istruzioni operative e sistemi di sorveglianza informatici regionali per potenziare le indagini epidemiologiche sulle MTA	Diffusione di materiale formativo, informativo, divulgativo sulle MTA da parte delle ASL	Diffusione di materiale formativo, informativo, divulgativo sulle MTA da parte delle ASL	Diffusione di materiale formativo, informativo, divulgativo sulle MTA da parte delle ASL
Fonte	Regione Piemonte			
OBIETTIVO PL13_OS06	Migliorare la conoscenza e contenere il fenomeno della malnutrizione			
INDICATORE PL13_OS06_IS06	Attuare programmi di raccolta dati sulla qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nella ristorazione collettiva			
formula	Implementazione delle attività di raccolta dati sulla qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva mediante apposite schede di valutazione del rischio nutrizionale.			
Standard	Attuazione annuale dei programmi di sorveglianza della qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva.			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Predisposizione programmazione regionale per la sorveglianza della qualità nutrizionale dei pasti nella ristorazione collettiva e predisposizione schede di valutazione del rischio nutrizionale	Attuazione programmazione regionale per la sorveglianza della qualità nutrizionale dei pasti nella ristorazione collettiva	Attuazione programmazione regionale per la sorveglianza della qualità nutrizionale dei pasti nella ristorazione collettiva	Stesura report relativo alla qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva
Fonte	Regione Piemonte			

INDICATORE PL13_OS06_IS08	Disponibilità di informazioni sulla qualità nutrizionale dei prodotti consumati in età evolutiva			
formula	Implementazione banca dati Etichette snack consumati in età evolutiva			
Standard	Utilizzo delle informazioni per la produzione di strumenti informativi da utilizzare negli interventi di promozione della salute rivolti all'età evolutiva			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Elaborazione informazioni presenti in Banca dati	Disponibilità di strumenti informativi da utilizzare negli interventi di promozione della salute rivolti all'età evolutiva	--	--
Fonte	Regione Piemonte			

4.3.6 Azioni

TITOLO AZIONE	13.1 Gruppo di lavoro intersettoriale di ricerca e documentazione sui determinanti di salute correlati all'alimentazione
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione protocolli, percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS04 Promuovere una dieta sana e stili di vita salutari nei percorsi dedicati alle principali patologie croniche	
INDICATORE OS04IS04	Integrazione di interventi evidence-based nei percorsi delle principali patologie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Instaurare un confronto sulle tematiche della dieta sana e sostenibile tra le diverse componenti del Servizio Sanitario Regionale e tra queste e altre strutture regionali	
INDICATORE OT02IT02	Attivazione di gruppi intersettoriali a livello regionale nei quali siano presenti i soggetti che a vario titolo e con ruoli diversi intervengono nella filiera agro-alimentare.
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Si intende costituire un gruppo multidisciplinare con funzioni di osservatorio, analisi, ricerca e documentazione per avviare il confronto intersettoriale sulle tematiche legate alla dieta sana e sostenibile. Il gruppo includerà rappresentanti delle diverse componenti del Servizio Sanitario Regionale (tra cui territorio, screening, nutrizione clinica), di altre strutture regionali coinvolte nella filiera agro-alimentare, quali "Agricoltura, cibo, caccia e pesca" e "Ambiente e territorio", ed eventuali altri stakeholders.

Il gruppo avrà il compito di svolgere una revisione sistematica della letteratura scientifica, per la produzione di indirizzi e materiale divulgativo e per la creazione di un repository di documentazione *evidence-based* sulle diverse tematiche legate all'alimentazione, destinate agli operatori delle ASL impegnati non solo nel PL13 ma anche in altri ambiti e in tutti i setting nei quali vengono attuati interventi di promozione di sani stili di vita, tra i quali PP1 (in particolare per l'azione *equity-oriented*), PP2, PP3, PL11, PL12, PL15.

Il gruppo contribuirà alla progettazione di strategie e interventi di prevenzione *evidence-based* da integrare in maniera sistematica e omogenea nei percorsi delle principali malattie croniche non trasmissibili, in raccordo con quanto previsto nell'ambito del PL12. A partire da una ricognizione delle attività esistenti (2022), sarà definito un programma di azioni e interventi integrati fra territorio (in particolare SIAN) e strutture cliniche (in particolare Dietetica e Nutrizione Clinica) da attuarsi a partire dal 2023.

Il gruppo formulerà proposte per interventi di formazione, informazione, aggiornamento e comunicazione sui temi del Programma.

TITOLO AZIONE	13.2 Interventi formativi destinati agli operatori sanitari
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Analizzare i bisogni formativi ed elaborare programmi di formazione annuali per il personale sanitario, le associazioni di categoria, gli operatori commerciali, anche mediante il coordinamento delle iniziative locali	
INDICATORE OT03IT03	Programma di formazione regionale che preveda un coordinamento degli eventi formativi regionali e locali, su: caratteristiche e impatto sulla salute, dal punto di vista nutrizionale e della sicurezza, delle diverse componenti degli alimenti; valutazione costo/beneficio delle scelte nutrizionali; caratteristiche e impatto sull'ambiente dei principali ingredienti degli alimenti; importanza e strumenti per la riduzione degli sprechi
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Saranno attuati interventi formativi, coordinati a livello regionale, finalizzati alla formazione/aggiornamento degli operatori sanitari sulle tematiche inerenti: caratteristiche e impatto sulla salute, sia dal punto di vista nutrizionale che della sicurezza, delle diverse componenti degli alimenti, elementi per la valutazione costo-beneficio delle scelte nutrizionali, caratteristiche e impatto sull'ambiente dei principali ingredienti degli alimenti, importanza e strumenti a disposizione per promuovere la riduzione degli sprechi.

Saranno previsti inoltre interventi formativi destinati alle autorità competenti relativamente all'attuazione dei Reg. 1924/2006, relativo alle indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite sui prodotti alimentari, e 1169/2011 relativo alle informazioni sugli alimenti ai consumatori.

Saranno programmati inoltre interventi formativi sulle malattie trasmesse dagli alimenti indirizzati agli operatori sanitari.

I programmi formativi rivolti agli operatori sanitari saranno definiti tenendo conto del Piano regionale integrato dei controlli di sicurezza alimentare (PRISA).

TITOLO AZIONE	13.3 Interventi formativi destinati agli operatori del settore alimentare
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione operatori di altri settori (OSA, Gestori mense, Associazionismo, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Analizzare i bisogni formativi ed elaborare programmi di formazione annuali per il personale sanitario, le associazioni di categoria, gli operatori commerciali, anche mediante il coordinamento delle iniziative locali.	
INDICATORE OT03IT03	Programma di formazione regionale che preveda un coordinamento degli eventi formativi regionali e locali, su: caratteristiche e impatto sulla salute, dal punto di vista nutrizionale e della sicurezza, delle diverse componenti degli alimenti; valutazione costo/beneficio delle scelte nutrizionali; caratteristiche e impatto sull'ambiente dei principali ingredienti degli alimenti; importanza e strumenti per la riduzione degli sprechi
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Sarà definito a livello regionale un programma di interventi formativi finalizzati ad aumentare le conoscenze degli operatori del settore alimentare e migliorare la loro capacità di gestione del rischio nutrizionale, con l'obiettivo generale di migliorare la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare.

L'offerta formativa affronterà tematiche quali: limitazioni nel contenuto del sale, utilizzo di sale iodato, gestione del rischio allergeni e diete speciali, corretta porzionatura degli alimenti, promozione consumi frutta e verdura, gestione avanzati e limitazioni sprechi alimentari, pericoli chimici negli alimenti, ecc.

Saranno previsti eventi formativi indirizzati agli operatori economici e alle associazioni di categoria, finalizzati a ridurre lo spreco alimentare e l'impatto ambientale correlato all'alimentazione.

Nell'ambito del programma di comunicazione, sarà curata la diffusione agli operatori economici e alle associazioni di categoria di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da alimenti e sulle altre tematiche del Programma, anche attraverso i canali web istituzionali.

Il programma formativo regionale sarà attuato, a cascata, in tutte le ASL.

TITOLO AZIONE	13.4 Programma di comunicazione rivolto alla popolazione generale e agli operatori delle filiere di produzione e commercializzazione degli alimenti
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Progettare un programma di comunicazione finalizzato ad aumentare l’empowerment del cittadino, promuovere capacità di scelta e comportamenti favorevoli alla salute.	
INDICATORE OT04IT04	Predisporre un programma di comunicazione pluriennale rivolto ai diversi settori delle filiere di produzione e commercializzazione degli alimenti e ai consumatori, coordinato e integrato tra i diversi servizi che possono svolgere un ruolo nella promozione di una dieta sana
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Sarà definito un programma di comunicazione regionale pluriennale basato sull’analisi delle conoscenze e della percezione del rischio, coordinato e integrato tra i diversi servizi che possono svolgere un ruolo nella promozione di una dieta sana. Il programma costituirà la cornice delle iniziative di comunicazione intraprese dalle singole ASL.

In particolare la comunicazione sarà finalizzata a:

- definire strumenti per la valutazione della percezione del rischio nutrizionale nei consumatori;
- sensibilizzare sull’importanza della dieta sana e sostenibile, aumentare l’empowerment del cittadino, promuovere capacità di scelta e comportamenti favorevoli alla salute;
- conoscere i parametri di qualità degli alimenti e comprendere le informazioni riportate in etichetta;
- ridurre lo spreco alimentare e l’impatto ambientale correlato all’alimentazione;
- conoscere i rischi da contaminazioni chimiche e microbiologiche (MTA) negli alimenti.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	13.5 Definizione di un programma di promozione della dieta sana, equilibrata e sostenibile per il contrasto di sovrappeso e obesità nei bambini
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT01IT01	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

La sorveglianza OKkio alla Salute 2019 segnala la persistenza, e in alcuni casi l'aggravamento, nei bambini piemontesi di un alto livello di sovrappeso/obesità e di cattive abitudini alimentari. Rispetto alle raccolte precedenti si evidenzia una diminuzione dei bambini che fanno una colazione adeguata e di quanti consumano 5 porzioni al giorno di frutta e verdura. Tutti questi rischi diminuiscono con il crescere della scolarità della madre e si sono ulteriormente esacerbati in conseguenza del lockdown e dell'ampio ricorso alla DaD durante la pandemia (<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3616>). La letteratura segnala che gli impatti negativi della pandemia sui bambini sono peggiori nelle fasce più svantaggiate della popolazione. La distribuzione territoriale vede una prevalenza maggiore di bambini sovrappeso/obesi nelle zone est della regione. L'accesso da parte delle scuole agli interventi di promozione della salute proposti dalle ASL è diminuito in tutta la regione nell'ultimo anno a causa della pandemia e presenta disomogeneità territoriali.

Obiettivo dell'azione è quello di aumentare l'accesso degli Istituti Comprensivi ai programmi di promozione di stili di vita salutari (in particolare relativi all'alimentazione) efficaci e basati su informazioni documentate ed evidence-based, su tutto il territorio regionale e, in particolare, nelle zone con maggiore prevalenza di bambini in sovrappeso e/o obesi.

L'azione è co-condotta con il PP1 "Scuole che promuovono salute", in sinergia con il PP2 "Comunità attive". Si prevede di:

- contribuire alla ricognizione e individuazione di buone pratiche e progetti efficaci di promozione di una alimentazione sana, equilibrata e sostenibile, prevista dal PP1, in particolare nell'ambito delle iniziative proposte alle scuole da altri soggetti ed enti non sanitari (ad es. Agricoltura);
- collaborare alla definizione di contenuti evidence-based riguardo ai rischi per la salute legati alla dieta, anche in collaborazione con il gruppo intersettoriale previsto dal programma;
- realizzare eventi formativi/informativi dedicati a operatori sanitari e sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder sulla promozione della dieta sana, equilibrata e sostenibile;
- promuovere una sana merenda di metà mattina attraverso la verifica dei capitolati di appalto delle mense e delle vending machine.

MONITORAGGIO DELL’AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Contrastare sovrappeso/obesità nei bambini nelle aree della regione a maggiore prevalenza			
DESCRIZIONE: Aumentare l’accesso degli Istituti Comprensivi ai programmi di promozione di stili di vita salutari (alimentazione) su tutto il territorio regionale e, in particolare, nelle zone con maggiore prevalenza di bambini in sovrappeso e/o obesi.				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO: Saranno individuati i territori (distretti/ASL) che in base agli ultimi dati delle sorveglianze presentano le più alte prevalenze di sovrappeso/obesità. Sarà effettuata una ricognizione di buone pratiche / progetti efficaci rivolti alle scuole anche realizzati da soggetti non sanitari, sul tema della promozione della sana alimentazione. Sarà posta attenzione preferenziale agli interventi che prevedono il coinvolgimento delle famiglie, in particolare delle mamme di bambini più piccoli (infanzia e primo ciclo) con titolo di studio più basso, dato che le sorveglianze evidenziano una maggior prevalenza di comportamenti scorretti fra questi bambini. Il gruppo intersettoriale previsto dal programma collaborerà per la ricerca e definizione di contenuti evidence-based per gli strumenti da aggiornare o mettere a punto all’interno dei progetti individuati quali buone pratiche. Sarà posta particolare attenzione ai progetti che possono intervenire sui capitolati mensa e sulle vending machine. Per raggiungere l’obiettivo sarà necessario promuovere attivamente i progetti presso gli Istituti Comprensivi situati nei distretti a più alta prevalenza di sovrappeso/obesità e con stili di vita non salutari. Saranno coinvolti enti del terzo settore, amministrazioni locali o altri soggetti che condividono la mission (es. Direzione regionale Agricoltura, associazioni di coltivatori/ produttori locali, ecc...) per il sostegno alla realizzazione dei progetti. Dovrà essere adeguato il sistema informativo al fine di monitorare oltre ai progetti svolti dalle ASL, anche quelli condotti da altri stakeholder che contribuiscono a raggiungere l’obiettivo. Si individuano alcune barriere che potrebbero richiedere l’adeguamento delle azioni: gli Istituti Comprensivi, in base alla propria autonomia, potrebbero non aderire anche se i progetti sono offerti attivamente; il coinvolgimento di altri stakeholder prevede un lavoro preliminare di advocacy e costruzione di obiettivi condivisi; il caricamento nel sistema informativo richiederà un alto grado di collaborazione degli istituti scolastici.				
ATTORI COINVOLTI	MI-USR/UST, assessorati istruzione e sanità della Regione Piemonte, gruppo intersettoriale del PL13, ASL, Dors, comuni, associazioni e altri stakeholder operanti nel setting scuola			
INDICATORE	<p>prevalenza di bambini con dieta sana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: n di bambini che hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina intervistati / totale bambini intervistati • Standard: Aumento entro il 2025 nelle ASL ad alta prevalenza di sovrappeso/obesità • Fonte: OKkio alla Salute, HBSC 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025 Aumento nei distretti/ASL ad alta prevalenza di sovrappeso/obesità del numero di bambini che fanno una merenda di metà mattina adeguata
ATTORI COINVOLTI	MI-USR/UST, assessorati istruzione e sanità della Regione Piemonte, gruppo intersettoriale del PL13, ASL, Dors, comuni, associazioni e altri stakeholder operanti nel setting scuola			
INDICATORE	<p>plessi di scuole dell’infanzia, primarie o secondarie di primo grado raggiunti dai progetti di promozione di una sana alimentazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: numero di plessi raggiunti dai progetti / totale plessi • Standard: nelle ASL ad alta prevalenza di sovrappeso/obesità, aumento della percentuale di plessi raggiunti dai progetti efficaci di promozione di una sana alimentazione • Fonte: ProSa, OKkio alla Salute 			

VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Presenza di contenuti evidence-based per progetti e buone pratiche	Aumento del numero di plessi raggiunti dai progetti	Aumento del numero di plessi raggiunti dai progetti	Aumento del numero di plessi raggiunti dai progetti

TITOLO AZIONE	13.6 Prevenzione della malnutrizione
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Attivazione protocolli di collaborazione tra Servizi sociosanitari finalizzati a migliorarne l'integrazione
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS06 Migliorare la conoscenza e contenere il fenomeno della malnutrizione	
INDICATORE OS06IS06	Attuare programmi di raccolta dati sulla qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nella ristorazione collettiva
INDICATORE OS06IS08	Disponibilità di informazioni sulla qualità nutrizionale dei prodotti consumati in età evolutiva
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Sarà definito, con il supporto del gruppo di lavoro intersettoriale, un approccio integrato per la prevenzione, l'intercettazione precoce e la gestione della malnutrizione.

A tal fine saranno implementati alcuni strumenti per incrementare le conoscenze sulla malnutrizione:

- predisposizione schede di valutazione del rischio nutrizionale da parte degli OSA nei processi produttivi;
- sviluppo della banca dati delle etichette degli snack: implementazione della banca dati, proposte per l'analisi e l'utilizzo dei dati disponibili, produzione di strumenti informativi anche a supporto dell'azione *equity-oriented*;
- implementazione delle attività di raccolta dati relative alle sorveglianze sugli stili di vita della popolazione.

È prevista la predisposizione di una programmazione regionale per la sorveglianza della qualità nutrizionale dei pasti nella ristorazione collettiva mediante la raccolta di dati e la predisposizione di apposite schede di valutazione del rischio. Saranno redatti report periodici relativi alla qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva.

Sarà valutata la fattibilità di un protocollo di sorveglianza integrato fra le strutture del territorio e cliniche per l'individuazione precoce dei casi di malnutrizione e la tempestiva presa in carico, in collaborazione con MMG e PLS.

TITOLO AZIONE	13.7 Potenziamento del sistema di sorveglianza e gestione delle malattie trasmesse da alimenti (MTA)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS05 Potenziare il sistema di sorveglianza e gestione MTA	
INDICATORE OS05IS07	Promuovere un approccio comune e condiviso dalle ASL e dagli altri attori istituzionali per la gestione delle malattie trasmesse da alimenti (MTA)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Definizione formale del Centro Regionale di Riferimento per le MTA e istituzione di un laboratorio di riferimento regionale per le malattie trasmesse da alimenti in ambito umano.

Aggiornamento ed implementazione di istruzioni operative e sistemi di sorveglianza informatici regionali al fine di potenziare e migliorare le attività di sorveglianza, attraverso l'integrazione e il coordinamento tra strutture ospedaliere, dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie, le altre Autorità competenti ed Organi di controllo, tra le competenze epidemiologiche e quelle di laboratorio, gli OSA, le Associazioni di categoria.

Questa azione consente di assicurare l'integrazione tra laboratori di sanità pubblica e laboratori di medicina veterinaria, prevista dal PL14.

4.4 PL14 Prevenzione delle malattie infettive

4.4.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL14
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Donatella Tiberti
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO6 Malattie infettive prioritarie
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<p>MO6-01 Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita</p> <p>MO6-02 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile</p> <p>MO6-03 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)</p> <p>MO6-04 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening.</p> <p>MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)</p> <p>MO6-06 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole</p> <p>MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive</p> <p>MO6-08 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C)</p> <p>MO6-09 Assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/ricambio dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso</p> <p>MO6-10 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva</p> <p>MO6-11 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)"</p> <p>MO6-12 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri)</p> <p>MO6-13 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti</p> <p>MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti</p> <p>MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano</p> <p>MO6-16 Monitorare i punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori.</p> <p>MO6-17 Monitorare l'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori</p> <p>MO6-18 Consolidamento dei sistemi di sorveglianza: sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA)</p>

	<p>sorveglianza ambientale</p> <p>MO6-19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione</p> <p>MO6-20 Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l'esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari</p> <p>MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST</p> <p>MO6-22 Adesione alle Linee Guida e alla normativa vigente per l'attuazione dello screening per HIV, per le altre malattie a trasmissione sessuale (HBV, Sifilide, HCV) e del complesso Torch all'inizio della gravidanza</p> <p>MO6-23 PrEP - concepire e realizzare protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate</p>
<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<p>MO6LSa Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti</p> <p>MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico</p> <p>MO6LSe Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive</p> <p>MO6LSf Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti</p> <p>MO6LSg Offerta dei test HCV, HBV e HIV alle popolazioni a rischio e della vaccinazione anti HBV</p> <p>MO6LSH Coordinamento tra strutture ospedaliere e Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie</p> <p>MO6LSi Realizzazione di un programma regionale di formazione</p> <p>MO6LSo Applicazione di Piani di sorveglianza e risposta alle malattie trasmesse da vettori</p> <p>MO6LSs Offerta dei test di screening delle IST sulla popolazione target</p> <p>MO6LSt Mappatura e monitoraggio dell'attivazione di iniziative CBVCT rivolti a popolazioni target</p> <p>MO6LSu Promozione di interventi sui comportamenti: comprendono azioni sui comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, miglioramento dell'adesione alla terapia, corretto uso del profilattico maschile e femminile, counseling)</p> <p>MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva</p> <p>MO6LSd Comunicazione del rischio per la popolazione generale e specifici sottogruppi</p> <p>MO6LSw Interventi farmacologici: strategie di prevenzione basate sull'uso dei farmaci antiretrovirali (PrEP, PEP, TasP, terapia per prevenire la trasmissione materno-fetale)</p> <p>MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico</p> <p>MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico</p>
<p>LEA</p>	<p>A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse</p> <p>A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse</p> <p>A03 Vaccinazioni</p> <p>A04 Medicina del viaggiatore</p> <p>A05 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva</p> <p>F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale</p>

4.4.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Le malattie infettive continuano a rappresentare, a livello globale, una delle principali cause di malattia, disabilità e morte.

Accanto alle malattie conosciute e per le quali esistono sistemi di sorveglianza e metodi di controllo o contenimento, il 2020 ha evidenziato la concreta possibilità dello sviluppo di pandemie causate da virus nuovi e sconosciuti.

La situazione di pandemia ha confermato la necessità di mantenere i punti cardine della prevenzione delle malattie infettive: la sorveglianza epidemiologica, per descriverne la diffusione e per riconoscere i determinanti e i rischi e valutare l'impatto delle malattie e degli interventi di prevenzione; l'organizzazione per le emergenze infettive, sviluppando le azioni di prevenzione mirate alla riduzione dei rischi e gli interventi di preparazione alle emergenze; la formazione degli operatori sanitari e la comunicazione per la popolazione; il coordinamento tra i diversi livelli istituzionali e le varie competenze territoriali nella attuazione degli interventi di prevenzione, nella raccolta e nel periodico ritorno delle informazioni, nel sistematico monitoraggio della qualità e dell'impatto delle azioni intraprese.

In Piemonte sono notificate al sistema di sorveglianza SIMI una media di 10000 casi all'anno per le diverse infezioni.

Il Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI) è il flusso informativo previsto dal Decreto ministeriale 15 dicembre 1990 e successiva modifica relativa alla tubercolosi e alla micobatteriosi (Decreto ministeriale 29 luglio 1998): si svolge attraverso il medico, ospedaliero o MMG, che diagnostica la malattia infettiva ed effettua la segnalazione alla ASL di competenza, le Aziende Sanitarie Locali incaricate della adozione di eventuali misure di profilassi a tutela della salute pubblica, la Regione tramite il SEREMI con azione di supervisione e coordinamento, gli Organismi Centrali (Ministero della Salute, ISTAT, Istituto Superiore di Sanità) ed eventualmente internazionali (UE, OMS). In Piemonte opera la rete degli operatori SIMI, ciascuna ASL ha infatti indicato un referente che si occupa di coordinare le attività di notifica.

Alcune malattie infettive sono considerate prioritarie, in base alla loro diffusione e soprattutto alla gravità e al carico sanitario che inducono.

La Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute – AFP (sindrome di Guillain-Barré, polineurite, mielite trasversa, trauma, compressione spinale, infezioni da altri virus o batteri, intossicazioni, etc.) è lo strumento più efficace per dimostrare l'assenza di circolazione di poliovirus selvaggi e permette di descrivere lo stato corrente del processo di eradicazione mondiale della polio e di individuare eventuali azioni di prevenzione e di controllo necessarie.

Dal 2011 al 2020 sono stati segnalati in Piemonte 57 casi di AFP; di questi 50 corrispondono alla definizione di caso. Nel 2020, i casi di AFP osservati sono stati 5. Il tasso di incidenza medio annuo regionale nella popolazione di età minore di 15 anni, riferito al periodo 2011 - 2020, è di 0,8 casi per 100.000 abitanti, mentre il corrispondente valore nazionale è pari a 0,6 casi per 100.000 abitanti. Nel 2012, si è rilevato il tasso di incidenza più alto, 1,5 casi per 100.000. Nel 2020, l'incidenza (0,9) osservata in Piemonte è più elevata di quella nazionale (0,5). Nel 54% dei casi segnalati (27 su 50) si tratta di maschi e l'età media è di 7 anni. La AFP più frequente è la sindrome di Guillain-Barré, con 27 casi (54%) sul totale delle 50 segnalazioni registrate durante il periodo in osservazione (2011 – 2020). Gli esiti del follow-up, effettuato nel 100% dei casi entro 60-90 giorni dall'inizio dei sintomi secondo le indicazioni dell'OMS, presentano quadri clinici di miglioramento, se non di risoluzione completa della malattia (38%), per tutti i casi a eccezione di un decesso registrato in una bambina di 13 anni nel 2012.

CLASSI I - III DM 15/12/90	2015	2016	2017	2018	2019
Blenorragia (gonorrea)	276	336	222	265	288
Botulismo	1	0	1	0	1
Brucellosi	1	1	2	1	0
Chikungunya	1	2	1	0	6
Dengue	18	13	17	9	27
Diarrea infettiva	21	26	23	10	20
Epatite A	26	30	228	86	56
Epatite B	22	20	32	25	16
Epatite NANB	3	7	7	6	9
Febbre tifoide	0	2	9	2	1
Febbre ricorrente epidemica	5	1	0	0	0
Influenza con isolamento virale	155	54	60	213	557
Legionellosi	100	115	112	175	157
Leishmaniosi cutanea	1	0	0	1	0
Leishmaniosi viscerale	6	4	6	4	5
Leptosirosi	1	4	1	2	0
Listeriosi	21	19	25	20	26
Malaria	76	90	96	85	103
Meningite meningococcica	7	11	11	4	4
Meningo-encefalite virale	62	82	71	69	91
Micobatteriosi non tubercolare	43	29	31	41	67
Morbillo	7	50	631	53	57
Parotite epidemica	66	77	59	57	51
Pertosse	30	29	45	45	66
Rickettsiosi	1	2	2	2	0
Rosolia	0	1	8	3	0
Salmonellosi non tifoidea	288	296	322	294	340
Scarlattina	878	859	696	785	1000
Sifilide	303	391	164	173	153
Tetano	0	4	6	4	1
Tubercolosi	323	382	356	358	306
Varicella	5049	5017	5641	8418	5055
West Nile Virus	1	1	2	60	11
Zika virus	0	15	1	0	1

La legionellosi è una malattia a bassa diffusione in Piemonte, così come a livello nazionale ed europeo ma a partire dal 2013 si è osservato l'aumento delle segnalazioni delle diagnosi, particolarmente marcata nel 2019 (incidenza= 4,1%). Nel 2020 si sono registrati 156 casi, con un tasso di incidenza di 3,6 casi ogni 100.000 abitanti.

I casi di legionellosi segnalati in Piemonte nel 2020 interessano prevalentemente pazienti di sesso maschile e di età avanzata, come negli anni precedenti, e la maggioranza dei casi è di tipo comunitario (casi per cui non è ricostruibile una fonte specifica di esposizione). L'aumento di legionellosi registrato a livello regionale riguarda esclusivamente i casi con questo tipo di classificazione di rischio.

Le malattie batteriche invasive comprendono i quadri clinici di meningite, setticemia ecc. purché l'isolamento batterico sia effettuato da sito normalmente sterile. Nel periodo 2008 - 2019 si sono osservati 160 casi di malattia invasiva da meningococco, corrispondente a un tasso di incidenza medio di 0,3 casi ogni 100.000 abitanti. Nel 2019, sono stati segnalati 8 casi (0,2 casi ogni 100.000 abitanti). Durante i dodici anni di sorveglianza si rileva una riduzione dell'incidenza di questa malattia nella popolazione piemontese. Tra le malattie invasive da meningococco, le meningiti rappresentano il quadro clinico più frequente. In particolare, nel 2019 si sono osservate 4 sepsi e 4 meningiti. Si tratta di un paziente minore di un anno di età, due minori di 5 anni, un ventenne, due adulti e due anziani. Dal 2008 al 2019 il numero di segnalazioni di malattia invasiva da meningococco riguarda in quasi un quarto (24%) dei casi bambini con meno di cinque anni di età. Nel 2019, sono stati segnalati 3 casi nella popolazione pediatrica. Dal 2011, anno successivo a quello di introduzione dell'offerta della vaccinazione antimeningococco C ai nuovi nati, non si registrano casi pediatrici dovuti al sierogruppo C tra soggetti vaccinati. Durante lo stesso periodo (2011 - 2019) si sono comunque ammalati, a causa di un sierogruppo diverso dal C, 9 bambini vaccinati di meno di quindici anni di età, si tratta di 6 diagnosi di meningite e di 3 sepsi. Nel 2019, in Piemonte sono stati segnalati 29 casi di malattia invasiva da emofilo, pari a 0,7 casi ogni 100.000 abitanti. Nel periodo 2008 - 2019 il 53% dei 181 casi è concentrato tra gli ultrasessantatrenni mentre solo il 9% riguarda la fascia pediatrica (≤ 14 anni) (Tabella 7). Nel 2019, le 29 diagnosi di malattia invasiva da emofilo riguardano 1 solo bambino con età inferiore ai 14 anni (regolarmente vaccinato e con malattia invasiva dovuta a sierotipo diverso dal b quindi non prevenibile con vaccino) mentre sono 22 le diagnosi in pazienti ultrasessantatrenni.

HIV: nel 2018, sono state segnalate 198 nuove diagnosi di infezione da HIV (4,5 casi ogni 100.000 abitanti) in persone residenti o domiciliate in regione. Nel periodo 2009-2018, l'andamento delle nuove diagnosi di infezioni da HIV in Piemonte si conferma in significativa riduzione (-12 casi in media all'anno). Le nuove diagnosi di HIV negli stranieri (71 casi nel 2018) si concentrano in giovani che provengono da paesi ad alta endemia di HIV. Rispetto al 2017, si sono ridotti i casi nelle persone originarie dall'Africa sub-sahariana mentre aumentano quelli in persone provenienti dal centro-sud America. I rapporti sessuali non protetti, in particolare quelli tra uomini (msm), si confermano la principale modalità di diffusione dell'infezione da HIV anche nel 2018 e si è osservato un aumento significativo nel periodo 2009-2018 della frequenza delle infezioni riconducibili a questa modalità, una diminuzione dei casi riferibili all'uso di siringhe non sterili in consumatori di droghe per via endovenosa (idu) e un andamento stabile della frequenza dei casi attribuibili ai rapporti eterosessuali non protetti. Nel periodo 2009-2018 l'incidenza delle nuove diagnosi di HIV è in diminuzione sia tra i giovani sia tra gli adulti. Nel 2018, la presenza di una sintomatologia suggestiva di infezione da HIV, l'aver avuto rapporti sessuali a rischio e la proposta del test HIV di screening nell'ambito di una visita per infezioni sessualmente trasmesse sono i tre motivi prevalenti per eseguire un test HIV e sono stati eseguiti circa 177.000 test di screening HIV, pari al 4,6% della popolazione adulta (>14 anni) valore paragonabile a quello registrato nel 2017 (4,7%).

Le malattie trasmesse da vettori, molte delle quali zoonotiche, ossia malattie che possono essere trasmesse direttamente o indirettamente tra animali ed esseri umani (ad esempio l'encefalite trasmessa da zecche, il virus del Nilo occidentale, e la febbre emorragica Congo-Crimea, la Dengue e la Chikungunya) sono causate da arbovirus, batteri (la malattia di Lyme, la Leishmaniosi) o da organismi unicellulari come il plasmodio (Malaria). Molte malattie di esse sono considerate nell'Unione europea malattie infettive emergenti, perché compaiono per la prima volta in una popolazione oppure sono già esistite in passato, ma la cui incidenza o diffusione geografica è in rapido aumento.

Nel 2018 in Piemonte sono state segnalate le seguenti arbovirosi:

ARBOVIROSI 2018	ASL DOMICILIO	CASO IMPORTATO	LUOGO ESPOSIZIONE	CASO CONFERMATO	DATA SEGNALAZIONE	MONITORAGGIO ENTOMOLOGICO	INTERVENTO DISINFESTAZIONE	DATA INTERVENTO DISINFESTAZIONE
Dengue 1	ASL AT	SI	THAILANDIA	SI	20/03/2018	non previsto		
Dengue 2	ASL Città di Torino	SI	THAILANDIA	SI	14/05/2018	SI	larvicida	15/05/2018
Dengue 3	ASL AT	SI	FILIPPINE	SI	09/08/2018	non indicato		
Dengue 4	ASL CN1	SI	FILIPPINE	SI	14/08/2018	SI	larvicida	17/08/2018
Dengue 5	ASL TO4	SI	THAILANDIA	SI	29/08/2018	SI	larvicida	30/08/2018
Dengue 6	ASL AT	SI	ANGOLA	SI	18/09/2018	SI	larvicida	19/09/2018
Dengue 7	ASL Città di Torino	SI	INDONESIA	SI	10/10/2018	SI	larvicida	10/10/2018
Dengue 8	ASL TO3	SI	INDIA	SI	09/11/2018	non previsto		
Dengue 9	ASL TO4	SI	CUBA	SI	04/01/2019	non previsto		
Toscana virus 1	ASL TO4	SI	Isola d'Elba	SI	03/09/2018	non indicato		
Toscana virus 2	ASL AL	SI	Isola d'Elba	SI	19/09/2018	non indicato		
Toscana virus 3	ASL Città di Torino	NO	STATI UNITI	disconfermato	01/10/2018	non indicato		

ETÀ DEI CASI DI WNND	CONDIZIONI CLINICHE DI RISCHI PREESISTENTI		Totale
	SI	NO	
	n	n	n
≤14 anni	0	0	0
15-44 anni	0	2	2
45 – 64 anni	4	6	10
64-74 anni	1	7	8
≥75 anni	13	13	26
Totale	18	28	46

I programmi di contrasto alla diffusione della tubercolosi attuati in Piemonte nell'ultimo ventennio hanno contribuito a mantenere sotto controllo la malattia. Tuttavia, il passo con cui si sta riducendo l'incidenza non è sufficiente per raggiungere gli obiettivi fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ovvero ridurre l'incidenza di TB entro il 2035 a meno di 10 casi per milione e raggiungere l'eliminazione nel 2050 (End TB Strategy).

In Italia, secondo l'ECDC, nel 2016 i casi di malattia tubercolare sono stati 4.032, pari a un tasso di incidenza di 6,6 casi ogni 100.000 abitanti.

In Piemonte (rapporto SEREMI 2017 ed. 2018) l'impatto della malattia non è molto dissimile nel suo insieme (nel 2017 tasso di 7,2 casi ogni 100.000 abitanti, pari a 335 casi) ma la sua distribuzione tra le diverse provincie risulta molto disomogenea.

Nel 2018, in Piemonte, sono stati segnalati 358 casi di tubercolosi. Le TB respiratorie sono le forme prevalenti, 253 casi, 16 in meno rispetto al 2017, pari a un tasso di incidenza di 5,8 casi ogni 100.000 piemontesi.

Durante l'ultimo decennio (2009 –2018), sebbene in riduzione (in media 8 casi in meno all'anno), la tubercolosi resta tra le principali patologie infettive segnalate in Piemonte sia per numerosità sia per impatto sulla salute della collettività.

Nel 2018, la città di Torino, con 121 segnalazioni, annovera il 60% dei casi provinciali e il 34% circa di quelli regionali. L'incidenza di TB a Torino cala nell'ultimo decennio (2009 –2018) in media di 6 casi in meno all'anno

Nel 2018, sono state segnalate 231 diagnosi di TB in persone nate all'estero e 127 in italiani. Il trend dal 2009 al 2018 risulta in significativa diminuzione sia tra gli stranieri sia nella popolazione autoctona.

Anche nel 2018, i valori più elevati di incidenza di tubercolosi si rilevano nei giovani dai 15 ai 24 anni (16,9 casi ogni 100.000) e tra quelli dai 25 ai 34 anni (14,0 casi ogni 100.000). La frequenza di TB distinta per classi di età varia in modo evidente a seconda del luogo di origine: il 53% degli stranieri con diagnosi di TB nel 2018 ha un'età inferiore ai 35 anni mentre tra gli italiani la frequenza di giovani si riduce al 10%.

Nel 2018, i casi di TB resistente sia a Isoniazide sia a Rifampicina (TB MDR) sono 2 (1,2%). Nel 2018, si registra un esito favorevole del trattamento nel 70% dei casi di TB respiratoria segnalati e una quota di pazienti persi al follow-up pari all'12%. Nell'ultimo triennio (2016 –2018), tra gli stranieri la quota di pazienti persi al follow-up è 4 volte quella negli italiani.

Nel 2018, sono state segnalate in Piemonte 231 diagnosi di TB in persone nate all'estero, 11 in meno rispetto al 2017. Nell'ultimo decennio (2009 –2018) la quota di TB in stranieri raggiunge il 60% circa del totale dei casi dell'anno, il 64% nel 2018. Nonostante negli ultimi anni si sia osservata una crescita della proporzione delle TB negli stranieri, in particolare nel 2017 (68% dei casi di TB notificati in Piemonte), il trend osservato complessivamente dal 2009 al 2018 risulta in significativa diminuzione, pari a 7 casi in meno in media all'anno. Nel 2018, le segnalazioni di tubercolosi in persone nate in Italia sono 127(3,2 casi ogni 100.000 abitanti), 15 in più rispetto al 2017 anno in cui si è registrata l'incidenza più bassa dell'ultimo decennio (112 casi; 2,8 casi ogni 100.000 abitanti). Dal 2009 al 2018 leTB nella popolazione autoctona si riducono in media di 6 casi all'anno.

L'accessibilità alle prestazioni sanitarie primarie ed ai farmaci essenziali, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche, sono una delle prerogative incompressibili del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il problema delle disuguaglianze nel settore della sanità è stato ampiamente trattato dalla letteratura, soprattutto per individuarne le principali determinanti. Secondo alcuni di questi lavori, i fattori principali delle disuguaglianze sono legati al contesto e agli individui. I primi si riferiscono agli aspetti di sistema, quali risorse a disposizione del SSN, la sua organizzazione ed efficacia; i secondi si riferiscono ad alcune fasce di popolazione con specifiche caratteristiche che risultano essere maggiormente esposte a determinate tipologie di malattie.

Alcune malattie infettive come la Tubercolosi o l'HIV sono di grande interesse mondiale, tantoché sono stati sviluppati diversi progetti mondiali con finalità di eliminazione, di riduzione dell'incidenza, aumento della consapevolezza del proprio stato di malattia e miglioramento all'accesso ed adesione alle cure.

La tubercolosi rimane ancora oggi la "malattia dei poveri", di origine infettiva ma mediata da situazioni di sovrappopolamento, situazioni abitative scadenti, malnutrizione, fumo, stress, deprivazione sociale condizioni di prolungata deprivazione: è semplice intuire quindi come lo svantaggio sociale produca significativi effetti negativi sulla salute di alcune fasce di popolazione (migranti, soggetti con dipendenze, sex workers).

La tubercolosi è la principale causa mondiale di morte prevenibile tra i giovani adulti e la principale causa di morte tra coloro che sono sieropositivi, poiché l'infezione tende a colpire e progredire rapidamente in coloro la cui immunità sistemi sono compromessi da altre condizioni, in particolare l'HIV.

Sebbene i casi siano in generale in diminuzione, in Italia e in Piemonte, rimane importante riuscire a raggiungere gli obiettivi del End TB Strategy attraverso interventi su misura che facilitano la diagnosi precoce, il completamento della terapia e l'assistenza nella gestione dei casi.

In Italia, secondo l'ECDC, nel 2016 i casi di malattia tubercolare sono stati 4.032, pari a un tasso di incidenza di 6,6 casi ogni 100.000 abitanti.

In Piemonte (rapporto SEREMI 2017 ed. 2018) l'impatto della malattia non è molto dissimile nel suo insieme (nel 2017 tasso di 7,2 casi ogni 100.000 abitanti, pari a 335 casi) ma la sua distribuzione tra le diverse province risulta molto disomogenea.

Inoltre la compliance al trattamento risulta ancora più variabile nei gruppi a rischio e può essere incoerente o parziale, quando i pazienti non assumono i farmaci regolarmente per il periodo richiesto perché iniziano a sentirsi meglio o perché la fornitura di farmaci non è disponibile a causa dei costi, portando all'insorgenza di ceppi resistenti a uno o più farmaci di prima linea (cioè quelli più efficaci e che provocano meno effetti collaterali negativi). L'identificazione e il monitoraggio efficace dei gruppi svantaggiati potrebbe fornire una comprensione di base dei rischi e informare le attività mirate di controllo della tubercolosi. Ciò deve indurre ad estendere i controlli per individuare i casi latenti, sia tra gli immigrati sia tra altre sottopopolazioni a maggior rischio, come i senza fissa dimora, i tossicodipendenti, i detenuti.

Secondo la fondazione Antigone, tra i carcerati "la diffusione a livello globale dell'HIV, per esempio, è fino a 50 volte più alta tra i detenuti rispetto ai liberi cittadini ed inoltre, mentre in tutto il mondo un detenuto su quattro convive con l'HIV, all'esterno del sistema carcerario invece, nel più ampio contesto europeo, il rapporto è di una persona su 50. La TB è una delle cause principali di mortalità nelle carceri di molti paesi, ed il tasso di mortalità è fino a 81 volte più alto nelle carceri rispetto alla comunità esterna".

Per quanto riguarda la popolazione migrante, spesso le persone trovano difficoltà di accesso ai servizi e ai percorsi terapeutici e lo stigma sociale che accompagna alcune malattie fanno ridurre il numero di coloro che si rivolgono al SSN. È importante dunque coinvolgere le comunità di migranti e richiedenti asilo che possono aiutare a superare alcune delle resistenze e della sfiducia e aumentare la consapevolezza e sensibilizzare le comunità all'efficacia degli interventi.

Non esiste una definizione universalmente accettata di senzateo; in generale, tuttavia, si possono definire senza dimora le persone che non hanno accesso abituale e regolare a un'abitazione o residenza convenzionale. ospiti dei centri di accoglienza notturni e delle mense che forniscono pasti gratuiti

Una strategia completa di controllo della tubercolosi deve stabilire priorità di azione basate su esigenze, efficacia, fattibilità e risorse. Sono necessari interventi mirati per migliorare l'accesso e garantire un'adeguata diagnosi, trattamento e follow-up dei casi di tubercolosi basandosi su collaborazioni con altri fornitori di servizi. Al fine di raggiungere una riduzione dell'incidenza e della prevalenza della tubercolosi nella regione Piemonte devono essere consolidate e potenziate prevalentemente le attività di screening, controllo e cura della TB respiratoria riguardanti:

- diagnosi precoce della malattia tubercolare respiratoria e dell'infezione latente (test di screening gratuiti offerti alle popolazioni a rischio, test di screening valido per ammissione in comunità);
- rafforzamento dei centri di prevenzione, diagnosi e cura della malattia tubercolare;
- introduzione, a livello ospedaliero e territoriale, di un percorso diagnostico-terapeutico delle malattie infettive croniche più adeguato alle popolazioni vulnerabili e diffusione dello stesso in maniera capillare, attraverso la rete degli MMG/PLS, alla popolazione generale in modo da migliorare la tempestività, l'accesso alle cure e l'aumento della compliance dei pazienti.

4.4.3 Scheda di programma

Descrizione

Le malattie infettive continuano a rappresentare, a livello globale, una delle principali cause di malattia, disabilità e morte.

Accanto alle malattie conosciute e per le quali esistono sistemi di sorveglianza e metodi di controllo o contenimento, il 2020 ha evidenziato la concreta possibilità dello sviluppo di pandemie causate da virus nuovi e sconosciuti.

La situazione di pandemia ha confermato la necessità di mantenere i punti cardine della prevenzione delle malattie infettive: la sorveglianza epidemiologica, per descriverne la diffusione e per riconoscere i determinanti e i rischi e valutare l'impatto delle malattie e degli interventi di prevenzione; l'organizzazione per le emergenze infettive, sviluppando le azioni di prevenzione mirate alla riduzione dei rischi e gli interventi di preparazione alle emergenze; la formazione degli operatori sanitari e la comunicazione per la popolazione; il coordinamento tra i diversi livelli istituzionali e le varie competenze territoriali nella attuazione degli interventi di prevenzione, nella raccolta e nel periodico ritorno delle informazioni, nel sistematico monitoraggio della qualità e dell'impatto delle azioni intraprese.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Il programma 14 "Prevenzione delle malattie infettive" si pone in continuità con il precedente programma 8 del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2019 assumendo gli obiettivi del MO6 del PNP che non si collegano direttamente all'argomento dell'antibioticoresistenza, ora scorporato in un nuovo programma predefinito.

Il programma si pone anche l'obiettivo di favorire le connessioni con i Piani specifici (Vaccinazioni, Vettori, Emergenze, HIV) in modo da permettere un organico sviluppo delle azioni nei vari settori.

Esistono sui siti ufficiali del Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, ECDC, SeREMI e altri siti regionali le raccolte della documentazione e la possibilità di accedere alla letteratura.

www.salute.gov.it

www.epicentro.iss.it

www.seremi.it

www.ecdc.eu

4.4.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PL14_OT02	Coordinamento dei diversi livelli istituzionali per garantire una risposta efficace a malattie infettive emergenti			
INDICATORE PL14_OT02_IT02	Coordinamento intersettoriale per la risposta agli eventi pandemici			
formula	Approvazione, applicazione e monitoraggio del Piano pandemico regionale.			
Standard	Attuazione ciclo di monitoraggio PanFlu			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Valutazione formale del processo di implementazione e ritorno di informazione alla rete italiana di preparedness pandemica, come da indicazione dei Piani nazionale e regionale piemontese	Predisposizione dell'esercizio di simulazione	Valutazione dell'esercizio di simulazione e aggiornamento del Piano pandemico	Attuazione delle azioni previste dal Piano Pandemico
Fonte	Regione			
INDICATORE PL14_OT04_IT06	Consolidamento della Sorveglianza delle malattie da vettori			
formula	Aggiornamento e applicazione del Piano Vettori a livello territoriale			
Standard	Tutte le ASL regionali applicano il piano vettori a livello territoriale			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Consolidamento tavolo tecnico regionale	Applicazione a livello ASL del Piano vettori	Applicazione a livello ASL del Piano vettori	Report di valutazione dell'applicazione del Piano Vettori e revisione criticità
Fonte	regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PL14_OT03	Adeguate le conoscenze degli operatori relative alla gestione delle emergenze infettive			
INDICATORE PL14_OT03_IT03	Formazione in materia di emergenze infettive			
formula	Presenza di offerta formativa per tutte le figure professionali sanitarie e non sanitarie interessate			
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale entro il 2022 dedicato ad operatori sanitari ed alle figure professionali non sanitarie			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Progettazione percorsi formativi e realizzazione prima edizione	Almeno una edizione del corso	Almeno una edizione del corso	Almeno una edizione del corso
Fonte	Regione			
INDICATORE PL14_OT05_IT04	Formazione in tema di segnalazione e notifica malattie infettive e utilizzo sistema informativo PreMal			
formula	Presenza di offerta formativa su tempestività, completezza dei dati e modalità di segnalazione			
Standard	Realizzazione di eventi formativi rivolti a MMG, medici ospedalieri, laboratoristi, PLS			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Progettazione percorsi formativi	Realizzazione almeno un corso a carattere regionale	Realizzazione almeno un corso a carattere regionale	Realizzazione almeno un corso a carattere regionale
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PL14_OT06	Disponibilità di una campagna di comunicazione per favorire l'adesione consapevole della popolazione alle vaccinazioni			
INDICATORE PL14_OT06_IT05	Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione e informazione in tema di vaccinazioni			
formula	Presenza di campagna di comunicazione			
Standard	Realizzazione di almeno una iniziativa di comunicazione ogni anno a partire dal 2023			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Progettazione campagna	Realizzazione di almeno una iniziativa di comunicazione	Realizzazione di almeno una iniziativa di comunicazione	Realizzazione di almeno una iniziativa di comunicazione
Fonte	Regione			

EQUITÀ

OBIETTIVO PL14_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative			
INDICATORE PL14_OT01_IT01	Lenti di equità			
formula	adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022			
Fonte	Regione			

4.4.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PL14_OS03	Migliorare i sistemi di sorveglianza epidemiologica e di segnalazione delle malattie infettive			
INDICATORE PL14_OS03_IS01	Raccordo sistema vaccinale e sistemi di sorveglianza delle malattie infettive			
formula	Integrazione dei sistemi vaccinale e di notifica in tutte le ASL			
Standard	Sistema integrato attivo e utilizzato in tutte le ASL			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Studio fattibilità integrazione SIRVA e sistemi notifiche malattie infettive / sorveglianze speciali	In presenza di esito positivo dello studio, sperimentazione del sistema integrato	Formazione all'utilizzo del sistema integrato	istema integrato attivo in tutto il territorio regionale
Fonte	Regione			
OBIETTIVO PL14_OS04	Potenziamento dell'offerta di screening, counseling e attività preventive per le malattie sessualmente trasmissibili			
INDICATORE PL14_OS04_IS02	Miglioramento dell'offerta di screening delle IST			
formula	Valutazione delle iniziative di screening IST presenti sul territorio regionale			
Standard	Report di monitoraggio e valutazione, analisi della distribuzione territoriale delle iniziative, analisi e monitoraggio delle criticità.			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Revisione degli interventi già attuati in materia di offerta dello screening per HIV e IST	Ampliamento dell'offerta di screening delle IST e HIV tramite la collaborazione con i SerD nei contesti a "bassa soglia" secondo programmi di riduzione del danno già esistenti	Valutazione delle criticità riscontrate dei programmi di riduzione del danno	Prosecuzione e monitoraggio delle iniziative di screening proposte
Fonte	regione			

4.4.6 Azioni

TITOLO AZIONE	14.1 Consolidamento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica e potenziamento del sistema di segnalazione malattie infettive
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Migliorare i sistemi di sorveglianza epidemiologica e di segnalazione delle malattie infettive	
INDICATORE OS03IS01	Raccordo sistema vaccinale e sistemi di sorveglianza delle malattie infettive
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

La sorveglianza delle malattie infettive è uno strumento utile per monitorare l'andamento delle infezioni e poter intervenire per attuarne il controllo ed eventualmente l'eliminazione o eradicazione e rientra tra le prestazioni definite dall'allegato A del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

In Piemonte sono attive le seguenti sorveglianze:

- PreMal
- Sorveglianza Morbillo e Rosolia
- Sorveglianza MIB
- Sorveglianza influenza
- Sorveglianza pertosse
- Sorveglianza malattie trasmesse da vettori
- Sorveglianza Covid

Per una sorveglianza efficace si intende operare nei seguenti ambiti:

- coinvolgimento degli operatori (formazione di operatori del territorio, ospedalieri, MMG e PLS);
- piattaforme di registrazione dati che raccolgano le informazioni essenziali;
- valutazione di fattibilità dell'integrazione tra piattaforme (per esempio sorveglianza malattie infettive e malattie trasmesse da alimenti o SIRVA e sistemi notifiche malattie infettive) e della possibilità di estendere l'integrazione già in atto sui laboratori microbiologia;
- diffusione dello strumento di registrazione a tutti gli operatori interessati;
- analisi dei dati;
- diffusione dei risultati agli operatori (report, incontri formativi).

Nel presente Piano continuerà a essere fondamentale la presenza a livello di ASL di un percorso definito per la segnalazione delle malattie infettive al SISP, l'evidenza di incontri tra SISP e operatori ospedalieri/MMG e PLS per la condivisione del percorso di segnalazione, la registrazione di tutte le segnalazioni di malattie infettive, la formazione operatori a PreMal, l'evidenza di condivisione dati/diffusione report a livello ASL e la partecipazione a incontri regionali sui risultati delle sorveglianze.

TITOLO AZIONE	14.2 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Coordinamento dei diversi livelli istituzionali per garantire una risposta efficace a malattie infettive emergenti	
INDICATORE OT02IT02	Coordinamento intersettoriale per la risposta agli eventi pandemici
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

L'emergenza da Sars-Cov-2 ha posto in luce numerose necessità di adeguamento e predisposizione del sistema sanitario ad emergenze infettive. La risposta della sanità pubblica alla crisi che si è determinata può fornire numerosi elementi di valutazione in merito ai punti di forza e debolezza emersi e quindi di predisporre azioni e interventi per la pianificazione delle attività di preparazione (preparedness), prevenzione e gestione di situazioni di crisi. L'attività di preparazione alla gestione di emergenze infettive rappresenta una sfida complessa e impegnativa ma indispensabile, senza la quale il sistema rischia di rimanere congelato in organizzazioni, modelli e culture di tipo emergenziale o, al contrario, ritenere che future emergenze possano tutto sommato essere affrontate come per l'emergenza da SARS-Cov-2 con l'attivazione e il potenziamento ad hoc di conoscenze, risorse e organizzazione al momento disponibili.

L'avvio a livello nazionale e regionale di elementi di pianificazione quali il Piano per emergenza influenzale nazionale [Piano Pandemico Influenzale 2021-2023] e regionale [Piano strategico e operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)] e le future riflessioni, valutazioni, studi ed indicazioni che si svilupperanno a livello internazionale e nazionale forniranno numerosi elementi per la strutturazione di politiche e azioni che dovranno essere inevitabilmente coordinate e integrate ai vari livelli.

Per dare la necessaria continuità alle attività di prevenzione e preparazione alla gestione delle emergenze infettive, al loro continuo aggiornamento e all'integrazione con il livello nazionale si rende necessario lo sviluppo di competenze specifiche e di una attività stabile e continuativa.

A livello regionale e locale si dovrà quindi – accanto alla conduzione e al monitoraggio degli interventi coordinati con il livello nazionale – identificare i nuclei di esperti a supporto della Direzione Sanità e delle Direzioni Aziendali che provvedano a dare continuità e mantenere aggiornata, coordinata e coerente con le indicazioni nazionali e regionali la capacità di preparazione (preparedness) alle emergenze infettive.

La programmazione regionale prevede quali elementi cardine:

- l'identificazione della rete regionale dedicata alla preparedness pandemica;
- l'attuazione delle azioni previste dai Piani pandemici nazionali e regionale;
- il monitoraggio secondo le indicazioni del "Piano triennale di monitoraggio, valutazione e aggiornamento del piano-strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021", e suoi aggiornamenti e secondo gli indirizzi applicativi regionali contenuti nel Piano regionale e successive integrazioni.

Le azioni previste sono:

- 2022: definizione con atto regionale della composizione, delle funzioni, delle responsabilità e delle modalità di coordinamento e funzionamento del team regionale dedicato alla preparedness per emergenze infettive; indicazioni regionali per la identificazione dei team aziendali; identificazione dei team aziendali e costituzione rete regionale dedicata alla preparedness pandemica;

- entro 120 gg dall'approvazione del Piano: approvazione e attuazione del Piano pandemico regionale, come da indicazione dei Piani nazionale e regionale piemontese;
- entro 12 mesi dall'approvazione del Piano: realizzazione almeno parziale di almeno il 70% delle attività descritte nel Piano regionale piemontese;
- entro 12 mesi dall'approvazione del Piano: valutazione formale del processo di implementazione e ritorno di informazione alla rete italiana di preparedness pandemica, come da indicazione dei Piani nazionale e regionale piemontese;
- entro 24 mesi dall'approvazione del Piano: partecipazione ad un esercizio di simulazione;
- entro 36 mesi dall'approvazione del Piano: aggiornamento del Piano Pandemico Influenzale.

TITOLO AZIONE	14.3 Interventi formativi regionali
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Adeguare le conoscenze degli operatori relative alla gestione delle emergenze infettive	
INDICATORE OT03IT03	Formazione in materia di emergenze infettive
OBIETTIVO OT05 Migliorare le competenze in tema di segnalazione delle malattie infettive	
INDICATORE OT05IT04	Formazione in tema di segnalazione e notifica malattie infettive e utilizzo sistema informativo PreMal
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il 2020 è stato caratterizzato da una grave pandemia da Sars-Cov2 che ha reso necessarie misure straordinarie per fronteggiare l'emergenza sanitaria e per garantire la gestione ordinaria in tema di prevenzione. Questo ha comportato la necessità di sviluppare un nuovo Piano Pandemico e consolidare il già esistente sistema di controllo e notifica delle malattie infettive.

Nell'ambito delle azioni rivolte alla formazione del personale sanitario, la Regione Piemonte si pone i seguenti obiettivi:

- in relazione alla gestione delle emergenze infettive, programmare interventi FAD offerti a tutti gli operatori sanitari e alle figure professionali non sanitarie coinvolte nella gestione dell'emergenza, al fine di recepire il Piano Pandemico Regionale 2021-2023;
- sensibilizzare e formare il personale sanitario sui sistemi di sorveglianza esistenti per le malattie infettive anche sospette, attraverso la tempestiva notifica agli organi di competenza e attraverso l'utilizzo di piattaforme dedicate (Premal). La finalità è di ridurre la sotto notifica delle malattie infettive in modo tale da valutarne in maniera più attendibile l'incidenza, riconoscerne i determinanti, garantire gli interventi di prevenzione e valutare l'impatto degli stessi sul territorio regionale;
- sensibilizzare e formare il personale all'applicazione delle misure di prevenzione, screening e trattamento delle forme influenzali e dei virus respiratori stagionali;
- formare il personale, sanitario e non, allo screening, diagnosi, segnalazione, invio a centri specialistici e trattamento delle malattie a trasmissione sessuale;
- formare il personale sanitario al pronto riconoscimento, diagnosi, segnalazione, invio a centri specialistici e trattamento delle malattie infettive croniche come HIV, TB ed epatiti;
- sensibilizzare e formare gli operatori sanitari al riconoscimento e alla gestione delle malattie trasmesse da vettori con particolare attenzione al contesto epidemiologico globale e ai dati disponibili sul territorio regionale.

TITOLO AZIONE	14.4 Gestione delle malattie trasmesse da vettori
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formalizzazione accordi di collaborazione tra Servizi e con altri Settori finalizzati a promuovere integrazione, coordinamento, cooperazione
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Coordinamento dei diversi livelli istituzionali per migliorare e consolidare le competenze in materia di malattie trasmesse da vettori	
INDICATORE OT04IT06	Consolidamento della Sorveglianza delle malattie da vettori
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Le malattie infettive trasmesse da vettori assumono grande rilevanza a causa di diversi fattori, dai cambiamenti climatici, alla globalizzazione ad altri fattori antropici che hanno determinato lo scambio e l'inserimento di specie diverse in territori nuovi. Il progressivo aumento del numero di casi, importati e autoctoni, di malattia da arbovirus trasmessi da zanzare fa sì che l'interesse sul problema sia costante e potenziato nel periodo di maggior circolazione dei vettori.

Il Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025 è stato sancito dall'intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in Conferenza Stato-Regioni (15 gennaio 2020). Successivamente, è stato recepito con Deliberazione della Giunta Regionale 15 maggio 2020, n. 9-1360. In seguito la Deliberazione della Giunta Regionale 27 novembre 2020, n. 16-2363 ha Individuato i laboratori di riferimento regionale per la sorveglianza umana, entomologica e veterinaria e i referenti regionali per l'implementazione del PNA. Ogni anno, inoltre vengono approvate e recepite le circolari ministeriali di aggiornamento.

Le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie da vettore presuppongono l'interazione fra la Regione e vari Enti e Servizi (Dipartimenti di Prevenzione – SISP e Veterinari, Laboratori di riferimento, Ambulatori Medicina dei Viaggi, SeREMI, IPLA, CRCC) nonché con i Comuni per le attività di controllo dei vettori.

L'azione è quindi finalizzata a favorire il coordinamento delle iniziative già contenute nel Piano Nazionale e nell'adattamento regionale dello stesso, attraverso:

- revisione di letteratura, definizione linee d'indirizzo, applicazione e consolidamento dei piani di sorveglianza sui vettori, miglioramento della comunicazione e dei flussi informativi;
- diffusione linee d'indirizzo e piani di sorveglianza sui vettori;
- promozione di iniziative di formazione e aggiornamento in materia di malattie trasmesse da vettori rivolte agli operatori sanitari coinvolti (ospedalieri, dipartimento di prevenzione, veterinari).

TITOLO AZIONE	14.5 Interventi di screening in materia di IST
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS04 Potenziamento dell'offerta di screening, counseling e attività preventive per le malattie sessualmente trasmissibili	
INDICATORE OS04IS02	Miglioramento dell'offerta di screening delle IST
OBIETTIVO OS06 (PP4) Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari	
OS05IS05 (PP4)	Copertura (target raggiunti dal programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Le infezioni sessualmente trasmesse (IST), compresa l'infezione da HIV, costituiscono una importante causa di malattia acuta e di infezioni croniche che comportano gravi complicanze a lungo termine come sterilità e disagio psicologico. Ad oggi, rappresentano il problema sanitario con maggior diffusione nel mondo. Oltre all'impatto diretto sulla salute riproduttiva dei soggetti, le IST possono portare a gravi conseguenze per i nascituri tramite la trasmissione verticale e possono giocare un ruolo chiave nella diffusione sessuale dell'HIV in quanto facilitatori.

Il controllo della diffusione delle IST e HIV rappresenta quindi una priorità, attuabile attraverso la promozione di:

- offerta dei test di screening gratuiti delle IST su popolazione target nei centri individuati nella cura e gestione delle IST;
- test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati in contesti non convenzionali quali le organizzazioni non profit (con la finalità di aderire al network europeo Community Based Voluntary Counseling and Testing);
- empowerment e coinvolgimento attivo delle popolazioni chiave verso lo screening precoce e l'accesso alle cure per IST e HIV, così come stabilito dall'ultimo PNAIDS recepito da DGR n. 32-8458 del 22/02/19;
- adozione omogenea a livello regionale dei protocolli già posti in essere inerenti l'utilizzo della cART come TasP (PEP, PrEP) unitamente alla ricognizione dei centri territoriali dedicati alla cura delle IST e HIV, al fine di ridurre le barriere di accesso e garantire una tempestiva ed uniforme presa in carico dell'utente;
- adozione omogenea a livello regionale dei protocolli già posti in essere inerenti la gestione delle IST in gravidanza ed estensione di tali screening, come da nota regionale "Profili assistenziali in gravidanze a rischio/patologiche, Profili assistenziali condivisi di alcune malattie infettive in gravidanza" del 24/02/2021, al fine di prevenire la trasmissione verticale e le gravi sequele e complicanze in caso di mancata o errata diagnosi/terapia.

Oltre al monitoraggio dell'attività dei centri regionali dedicati alla cura e gestione delle IST, con la finalità di omogeneizzare l'offerta degli screening, counseling e cura nelle popolazioni chiave, è opportuno aumentare la copertura vaccinale per ridurre l'incidenza delle infezioni sessualmente trasmesse prevenibili mediante i vaccini già in uso (HPV e HAV) mediante offerta attiva agli utenti dei centri IST.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	14.6 Accessibilità ai servizi di screening e cura delle malattie infettive croniche
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS06 (PP4) Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari	
OS05IS05 (PP4)	Copertura (target raggiunti dal programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT01IT01	Lenti di equità
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

La tubercolosi, sebbene non abbia un'incidenza particolarmente alta in Piemonte e sia in diminuzione, riguarda fasce di popolazione svantaggiate ed è fra gli obiettivi dell'OMS la sua eliminazione.

Al fine di raggiungere l'ulteriore riduzione dell'incidenza e della prevalenza della tubercolosi nella regione Piemonte devono essere consolidate e potenziate prevalentemente le attività di screening, controllo e cura della TB attraverso la diagnosi precoce della malattia tubercolare e dell'infezione latente (test di screening gratuiti offerti alle popolazioni a rischio, test di screening valido per ammissione in comunità), il rafforzamento dei centri di prevenzione, diagnosi e cura, l'introduzione, a livello ospedaliero e territoriale, di un percorso diagnostico-terapeutico delle malattie infettive croniche più adeguato alle popolazioni vulnerabili e la diffusione dello stesso in maniera capillare, attraverso la rete degli MMG/PLS, alla popolazione generale in modo da migliorare la tempestività, l'accesso alle cure e l'aumento della compliance dei pazienti.

È pertanto necessario avviare le seguenti azioni:

- ricognizione delle risorse da destinare allo screening dei soggetti da ammettere in comunità chiuse (case circondariali, comunità di riabilitazione, dormitori, centri di prima accoglienza e affini);
- ricognizione dei centri di prevenzione, diagnosi e cura della malattia tubercolare;
- progettazione del percorso diagnostico terapeutico sia in ambito territoriale che ospedaliero;
- avvio dello screening dei soggetti da ammettere in comunità chiuse;
- realizzazione e diffusione del percorso territoriale e ospedaliero per la diagnosi e cura;
- potenziamento dei centri di prevenzione, diagnosi e cura della malattia tubercolare;
- valutazione delle criticità riscontrate all'avvio del percorso territoriale e ospedaliero e la sua implementazione del percorso territoriale sulla base delle criticità emerse.

L'azione contribuisce anche all'obiettivo specifico del PP4OS06 "Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari" e al relativo indicatore OS05_IS05 "Copertura (target raggiunti dal programma)".

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	screening dei soggetti da ammettere in comunità chiuse			
DESCRIZIONE: Avviare lo screening per la TB latente e attiva dei soggetti da ammettere in comunità chiuse in tutte le ASL				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Prosecuzione e monitoraggio dell'estensione delle iniziative di screening in base alle criticità riscontrate			
ATTORI COINVOLTI	Dipartimento prevenzione Sociale Dipartimento materno infantile			
INDICATORE	Aumento del numero delle comunità chiuse che offrono gli screening per TB ai soggetti in ingresso			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di comunità chiuse che offrono lo screening per TB alle persone in entrata. • Standard: La conoscenza a livello territoriale della situazione delle comunità chiuse che effettuano o sono in grado di effettuare l'offerta di screening ai propri ospiti e dei setting non convenzionali utilizzabili • Fonte: Risultati delle ricognizioni territoriali, flussi informativi da case di cura, carceri, case famiglia. 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Ricognizione delle risorse necessarie all'avvio dell'offerta di screening TB nelle comunità chiuse	Studio pilota in una ASL sull'offerta di screening TB nelle comunità chiuse	Avvio delle attività di screening nelle comunità chiuse sul territorio regionale	Valutazione delle criticità riscontrate all'avvio delle iniziative di screening messe in atto

TITOLO AZIONE	14.7 Campagna di comunicazione per favorire l'adesione consapevole della popolazione alle vaccinazioni
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dei cittadini, lavoratori e consumatori
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT06 Disponibilità di una campagna di comunicazione per favorire l'adesione consapevole della popolazione alle vaccinazioni	
INDICATORE OT06IT05	Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione e informazione in tema di vaccinazioni
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Le vaccinazioni sono tra gli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati (herd immunity). Inoltre il rapporto costo-efficacia delle strategie di prevenzione vaccinale è estremamente vantaggioso per il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Paradossalmente è proprio il successo delle vaccinazioni che crea problemi di accettazione, perché la diminuzione di frequenza di alcune malattie ha portato ad una diminuzione della percezione della loro gravità.

Per tali motivi, in coerenza con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, si intende promuovere una campagna di comunicazione con l'obiettivo di favorire l'adesione consapevole alla vaccinazione e farne comprendere la validità quale strumento di prevenzione e lotta alle malattie trasmissibili alla popolazione. Una corretta comunicazione del rischio, ad esempio, che distingue fra rischio reale e rischio percepito è in grado di orientare e supportare i pazienti/utenti nelle scelte, di informare, attivare e costruire alleanze con le comunità e i gruppi e anche di formare e rendere possibile la collaborazione fra operatori sanitari.

4.5 PL15 Screening oncologici

4.5.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL15
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Cristiano Piccinelli, Carlo Senore
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	MO1-20 Aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening MO1-21 Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico MO1-22 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	MO1LSn Rafforzamento/implementazione dei coordinamenti regionali screening MO1LSo Offerta di programmi organizzati di screening oncologici per i carcinomi della cervice uterina (test HPV DNA), della mammella e del colon retto MO1LSp Implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV MO1LSq Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2
LEA	F08 Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale

4.5.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Dati mortalità e incidenza

I dati di incidenza, mortalità e prevalenza relative ai tumori oggetti di interventi di screening sono disponibili online sul sito del CPO Piemonte (www.cpo.it) che riporta anche stime per ASL.

Tra le donne il **tumore della mammella** resta il più frequente sia in termini di incidenza (4700 casi/anno) che di mortalità (1000 casi/anno). L'aumento dell'incidenza è però contenuto e in gran parte attribuibile all'anticipazione dovuta allo screening. Grazie all'anticipazione diagnostica si osserva un trend di aumento della sopravvivenza e una riduzione della mortalità specifica. In particolare, vi sono indicazioni di un impatto positivo dei programmi di screening di popolazione sulle disuguaglianze di salute. In particolare nella fascia di età bersaglio dello screening, scompare il differenziale di sopravvivenza per classe sociale registrato nel periodo precedente all'avvio del programma (Pulitiet al., 2012; Pacelliet al., 2014); Un andamento simile si osserva per gli indicatori di accesso a trattamenti di elevata qualità (Zengarini et al. 2016).

Per i **tumori della cervice uterina** l'incidenza delle forme invasive è contenuta (200 casi/anno), mentre la mortalità sostanziale mostra un forte calo (45 casi/anno).

L'incidenza di lesioni invasive e pre-invasive è più elevata tra le donne residenti di origine straniera, che aderiscono all'invito del programma di screening, come anche tra le donne straniere non residenti intercettate dalle organizzazioni di volontariato. Appare quindi necessario che i responsabili dei programmi di screening stabiliscano e mantengano rapporti di collaborazione con queste associazioni e le organizzazioni di accoglienza dei migranti al fine di promuovere strategie aumentare la consapevolezza circa il ruolo della prevenzione dei tumori e di favorire l'adesione ai programmi di screening per specifici

sottogruppi di popolazione più vulnerabili più frequentemente esclusi dall'accesso ai programmi organizzati (Ferrate 2020). Parallelamente andrebbero potenziate le azioni di supporto e promozione della partecipazione per le donne straniere residenti, che mostrano una rispondenza più bassa rispetto alle donne italiane all'invito allo screening, in Piemonte come nelle altre regioni italiane (Campari et al. Infectious Agents and Cancer (2015) 10:14)

Il **tumore del colon-retto** rimane il secondo per mortalità sia tra gli uomini (890 casi/anno) che tra le donne (720 casi/anno) ed è il terzo tumore più frequente (2200 casi/anno) tra gli uomini (dopo i tumori della prostata e del polmone) e il secondo (1800 casi/anno) tra le donne (dopo il tumore della mammella). Si osserva un moderato aumento dell'incidenza, in particolare a carico del colon, e un trend di riduzione della mortalità, cui ha certamente contribuito la diffusione del programma di screening.

Diseguaglianze nell'accesso agli interventi di prevenzione

La survey Passi mostra come permangano forti differenze nella copertura da screening per titolo di studio, area geografica e cittadinanza. <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto>

Se analizziamo separatamente questi differenziali demografici e socio-economici per quanto riguarda la copertura da esami nelle donne che hanno eseguito la mammografia o il test per la prevenzione del tumore della cervice uterina (Pap-test o HPV test) nei programmi di screening organizzati e per quelle che si sottopongono ai test al di fuori dei programmi (screening spontaneo), registriamo delle disuguaglianze più marcate in questo secondo gruppo. Infatti tra le donne che si sottopongono a test di screening al di fuori dei programmi organizzati, risultano molto più evidenti le differenze di adesione per cittadinanza, istruzione e difficoltà economiche riferite.

Per quanto riguarda la copertura dello screening per i tumori colo retтали, si registrano differenze ampie tra le persone che si sottopongono ai test al di fuori del programma (screening spontaneo), ma persiste un differenziale sensibile, in particolare in relazione al livello dichiarato di difficoltà economiche, anche all'interno dei programmi organizzati.

Analisi preliminari sui fattori associati all'adesione nel programma di screening colo-rettale della città di Torino hanno evidenziato diseguaglianze di adesione allo screening colo-rettale associate alla condizione abitativa, alle caratteristiche del nucleo familiare e al livello di istruzione. La probabilità di non adesione è maggiore per i cittadini PFP (paesi a forte pressione migratoria).

Screening oncologici

Come indicato dalla DGR 27-3570 del 4/07/2016 che ridefinisce l'organizzazione dei programmi di screening, identificando 6 programmi locali, nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione delle aree territoriali omogenee, la programmazione (e la rendicontazione, ai fini della pianificazione annuale dell'attività e del monitoraggio degli obiettivi per il PRP) dell'attività di screening viene predisposta dal responsabile di ciascun programma e viene inserita nei piani locali di prevenzione di ciascuna azienda afferente al programma stesso. Dal 2017 è prevista la disponibilità di un fondo finalizzato all'attività di screening e la conseguente definizione di un budget sulla base del piano di attività di ciascun programma.

Configurazione territoriale del programma di screening

Programma	Ex Dipartimento
1	1: ASL TO1-2, AOU Città della Salute e della Scienza, ASO Mauriziano 2: ASL TO5
2	3: ASL TO3
3	4: ASL TO4
5	5: ASL Biella, ASL Vercelli 6: ASL Novara, ASL VCO, AOU Maggiore della Carità
4	7: ASL CN1, ASL CN2, ASO Santa Croce e Carle
6	8: ASL Asti 9: ASL Alessandria; ASO SS Antonio, Biagio, Cesare Arrigo

L'uso del termine "programma" è qui riferito alle aggregazioni territoriali fra aziende sanitarie previste dalla DGR 27-3570 del 4/07/2016, che rappresentano l'evoluzione dei preesistenti Dipartimenti, da non confondere con i programmi che costituiscono articolazione del Piano regionale di prevenzione.

Nella fase di transizione, in attesa dell'approvazione del nuovo PNP, alcune attività previste per il programma di screening oncologici sono state ridefinite. Le variazioni sono indicate nei punti relativi a ciascun obiettivo specifico.

Nonostante lo slittamento delle scadenze previste dalla DGR 27-3570 per la riorganizzazione dei programmi esistenti, in funzione della nuova configurazione territoriale, a fine 2018 si è completata l'integrazione funzionale degli ex-dipartimenti con l'attivazione della gestione centralizzata delle funzioni di organizzazione e valutazione di ciascun programma.

Risultati monitoraggio 2019

Screening mammella

Il numero di donne piemontesi in età 50-69 rappresenta il principale target del programma di screening mammografico. Tenendo conto dell'esigenza di recuperare ritardi accumulati negli ultimi anni, la popolazione bersaglio nella fascia di età 50-69 per il 2019 era stata quantificata in 312.146 donne, che dovevano essere invitate ad eseguire l'esame mammografico di screening. Nel corso del 2019 ne sono state invitate 310.068 (sono incluse le donne che hanno aderito spontaneamente), raggiungendo il 99,3% del target.

Assumendo come trascurabile, nello screening mammografico, il numero di esami ripetuti, il numero di donne sottoposte a screening è rappresentato dal numero di esami eseguiti (di primo livello, spontanee comprese) ed è pari a 173.241, che rappresenta il 55,5% del target.

Nella fascia di età 45-49enni lo screening offerto con cadenza annuale è efficace (IARC Handbook), ma il rapporto tra costi e benefici è meno favorevole che nelle classi di età più avanzate. Pertanto è ancora più importante la corretta comunicazione e l'adesione consapevole. L'invio della lettera informativa ad almeno il 50% delle donne 45enni è stato realizzato, nel 2019, in 6 programmi su 6 (4 di questi l'hanno inviata a oltre il 70% della popolazione), con un aumento della copertura rispetto all'anno precedente; non tutti non hanno previsto un recupero delle donne non contattate negli anni precedenti data la carenza di risorse, che vengono prioritariamente dedicate al recupero del ritardo per le donne 50-69 enni.

Screening cervice uterina

Per il 2019 era stato calcolato che in Piemonte le donne residenti in età 25-64 in scadenza di invito per Pap-test o test HPV fossero 326.652 (dopo aver escluso le coorti di nascita per cui le procedure di invito erano state sospese in vista dell'avvio dello studio di valutazione dell'effetto della vaccinazione contro il virus HPV, ma includendo la quota di donne che avevano ricevuto l'ultimo invito da più di 3 anni).

Le invitate in età 25-64 nel 2019 sono state 321.337, pari al 98,4% del target. E' stata completata la transizione al programma che utilizza il test HPV come primo livello di screening che ora è utilizzato per il 100% delle donne di fascia di età 30-64.

La copertura da esami, considerando sia le donne che hanno effettuato il test HPV sia quelle che hanno effettuato il pap-test, risulta pari al 51,1% (n = 166.919).

Screening colon-retto

La popolazione bersaglio del programma con sigmoidoscopia era costituita da 68.392 persone (tenendo conto dei piani di recupero dei ritardi accumulati) e di queste 68.444 sono state invitate nel corso dell'anno: la copertura da inviti è quindi pari a 100,1%. Si registrano difficoltà organizzative in alcune aziende ospedaliere, in particolare nei programmi 4 e 6.

Considerando che la popolazione di età compresa tra 58 e 69 anni eleggibile per l'invito (alla sigmoidoscopia o al test per la ricerca del sangue occulto – FIT) nel corso del 2019 era pari a 173.660 persone, la copertura da esami risulta del 50,1%: 16.892 persone di 58 anni si sono sottoposte a sigmoidoscopia e 70.127 persone di età compresa tra 59 e 69 anni hanno eseguito un test FIT.

Per le strutture che erogano indagini cliniche indicate anche come esami di screening (endoscopie, mammografie, FIT) non è ancora superata la "concorrenza" fra l'attività specialistica ambulatoriale (obiettivo riduzione liste d'attesa) e l'attività di screening (obiettivo copertura popolazione target). Spesso la prima è ancora favorita rispetto alla seconda.

Nel 2015 è stato definito il modello di lettera di preavviso per l'invito allo screening colo-rettale e sono state sviluppate le procedure informatiche necessarie alla gestione di questa modalità di invito nel programma di Torino. Nel 2018 tale modalità è stata avviata nell'ambito dei programmi 1 (ASL Città di Torino), 5 (ASL NO, VCO, BI, VC, AOU Maggiore della Carità) e 2 (ASL TO3); si è verificato un ritardo nell'approvazione del piano di manutenzione evolutiva del programma gestionale necessario per l'estensione completa dell'invio automatico della lettera di preavviso.

La rispondenza al primo invito dopo la lettera di preavviso nel primo semestre 2018 era complessivamente pari a 24,6%, inferiore all'atteso del 27%, con variazioni tra il 29,4% a Torino e il 19,1% a Biella-Vercelli. Il dato consolidato del 2017 era pari al 25,8% (range: 29,0%-20,9%).

Per il test di ricerca del sangue occulto (FIT), la DGR 27-3570 del 4/07/2016 ha identificato il laboratorio regionale di riferimento (Laboratorio screening dell'AOU Città della Salute e della Scienza); il trasferimento di tutta l'attività di screening sul laboratorio di riferimento è stato completato nel 2018.

Il gruppo di lavoro del Centro di riferimento regionale per la promozione della qualità ha completato la stesura del documento contenente le raccomandazioni per l'uso appropriato del FIT extra screening. Il documento è stato discusso e approvato dal coordinamento regionale e dal direttivo della FISMAD Piemonte nel 2019.

Impatto dell'emergenza Covid-19

Durante il periodo di lock-down il programma di screening è stato sospeso su tutto il territorio regionale, garantendo solo l'esecuzione di esami di approfondimento per persone che avevano già avuto un esito positivo al test di screening, o per le persone inserite in protocolli di sorveglianza.

A partire dal mese di giugno 2020, nella fase 2 dell'emergenza, i programmi regionali hanno riavviato gradualmente l'attività, con volumi ridotti rispetto al periodo precedente e ridefinendo i protocolli per la gestione in sicurezza dei percorsi di screening e approfondimento.

Il volume di attività dei programmi è rimasto quindi ampiamente inferiore a quanto necessario per garantire la copertura della popolazione bersaglio, come era stato possibile negli ultimi anni.

Come evidenziato nella tabella allegata, sia per la chiusura dell'attività tra marzo e maggio 2020, che per la successiva riduzione dell'offerta di esami, si è creato un arretrato cumulativo di 242.589 esami, con un ritardo complessivo stimato di circa 5-6 mesi di attività standard.

Si può stimare, sulla base dei dati di monitoraggio degli anni precedenti, che la riduzione del numero di esami erogati nel corso del 2020 si possa tradurre (tabella 1) nella mancata diagnosi di 434 tumori della mammella tra le donne di età compresa tra 50-69 anni, di 100 tumori della mammella tra le donne di età compresa tra 45-49 anni, di 95 tumori del colon-retto e di 10 tumori della cervice uterina. A questo ammanco di tumori, si va ad aggiungere un elevato numero di lesioni pre-cancerose non rilevate.

Il ritardo delle diagnosi tumorali e di lesioni pre-invasive inevitabilmente porterà nei prossimi mesi alla diagnosi di lesioni in uno stadio più avanzato, con la necessità di interventi più invasivi e conseguente peggioramento della prognosi, e con un aumento dei costi sia per le persone che dovranno affrontare patologie più gravi, che per il SSR che dovrà affrontare spese più elevate per garantire i trattamenti di questi casi.

La mancata offerta di prestazioni di screening avrà inoltre un impatto negativo maggiore sulle fasce più svantaggiate della popolazione che, al di fuori dei programmi organizzati, hanno un accesso alle prestazioni di diagnosi precoce più limitato rispetto alle fasce più abbienti, che ricorrono anche al privato (convenzionato e non). Gli effetti negativi delineati sopra potrebbero quindi avere un impatto differenziale tra le diverse fasce sociali.

Tabella 1 .Numero di esami arretrati per i tre programmi di screening nel periodo gennaio-dicembre 2020, ritardo % dell'attività: media regionale e range tra programmi locali, ritardo espresso in mesi standard di attività ed impatto sulle diagnosi tumorali (invasive e pre-invasive).

		Numero di esami arretrati	% di ritardo attività Media regione Range programmi	Ritardo in mesi standard	Stima dei cancri persi N (IC 95%)	Stima lesioni pre-invasive perse N (IC95%)
Screening colon-retto	FIT*	34.062	47.6% 91.9% - 18.7%	5.1	58 (54-65)	416 (399-433)
	FS°	11.831	70.0% 82.1% - 53.5%	7.0	37 (31-44)	602 (577-628)
Screening mammella	donne 45-49 anni	29.835	49.6% 75.6% - 5.4%	5.2	100 (87-116)	
	donne 50-69 anni	78.952	44.4% 56.8% - 24.7%	5.5	434 (418-450)	
Screening cevice uterina	HPV + Pap-test	87.909	55.1% 62.5% - 36.1%	5.8	10 (8-13)	475 (466-501)
Totale		242.589			639	1493

*FIT: Test immunochimico per la ricerca del sangue occulto fecale

°FS: Sigmoidoscopia

4.5.3 Scheda di programma

Descrizione

Prevenzione Serena è il programma organizzato di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto, messo a punto dalla Regione Piemonte per tutelare la salute dei suoi cittadini. Il programma è offerto ai cittadini residenti o domiciliati sul territorio regionale e diretto alle fasce di età considerate a più alto rischio per questi tumori, come descritto nella tabella 1. Prevenzione Serena è diffuso su tutto il territorio regionale ed è strutturato in sei programmi locali (corrispondenti a sei macroaree), ognuno dei quali raggruppa diverse Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere.

Il programma, attivo da oltre venticinque anni, ha raggiunto a oggi una solida esperienza nel campo, coinvolgendo l'intera popolazione, e rappresentando un esempio di equità nell'accesso e appropriatezza delle prestazioni offerte.

I test che fanno parte del programma:

- la mammografia bilaterale per lo screening del tumore della mammella;
- il Pap test o il test per la ricerca del DNA di Papillomavirus umano (test HPV) per lo screening del tumore del collo dell'utero;
- la ricerca del sangue occulto nelle feci o la sigmoidoscopia flessibile per lo screening dei tumori del colon-retto;

Screening mammografico

Test di screening: mammografia

Donne 45-49 anni.

Adesione spontanea al primo accesso e successivo re-invito da parte del programma di screening con cadenza annuale. Le donne 45enni ricevono una lettera informativa che descrive il programma di screening e le invita a contattare i centri di screening per prendere un appuntamento per effettuare una mammografia.

Donne 50-69 anni

Invito attivo da parte del programma di screening tramite lettera con appuntamento prefissato (modificabile contattando i call centre attivi), per effettuare una mammografia ogni due anni.

Donne 70-75 anni

Adesione spontanea con cadenza biennale.

Test di screening: Test HPV o Pap Test

Donne 25-29 anni

Invito attivo da parte del programma di screening tramite lettera con appuntamento prefissato (modificabile contattando i call center) per effettuare un Pap test ogni 3 anni.

Donne 30-64 anni

Invito attivo da parte del programma di screening tramite lettera con appuntamento prefissato (modificabile contattando i call center) per effettuare un test HPV ogni 5 anni (3 anni per le non aderenti).

Donne 65-75 anni

Le donne in questa fascia d'età, che non abbiano effettuato almeno due Pap test dopo i 50 anni, hanno diritto, su accesso spontaneo, all'esecuzione di un test HPV presso i centri di screening.

Test di screening: rettosigmoidoscopia (FS) e test per la ricerca del sangue occulto delle feci (FIT)

Donne e uomini 58 anni

Invito attivo del programma di screening, a firma del medico di medicina generale, tramite lettera con appuntamento prefissato da confermare per effettuare una rettosigmoidoscopia, una tantum. È previsto l'invio di una lettera di sollecito ai non aderenti al primo invito.

Ai non rispondenti al primo invito e al sollecito viene offerta la possibilità di effettuare il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. Gli aderenti al FIT verranno reinvitati con periodismo biennale ad effettuare il test.

I non aderenti a questa opzione ricevono altri due inviti ad effettuare una rettosigmoidoscopia a distanza di uno e due anni dall'invito iniziale.

Donne e uomini 56-69 anni

Invito attivo del programma di screening, a firma del medico di medicina generale, tramite lettera per effettuare il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. La lettera invita uomini e donne a ritirare in farmacia, o presso altre strutture definite a livello locale (distretti, poliambulatori, ecc.), il kit per l'esecuzione del test.

È previsto l'invio di una lettera di sollecito ai non aderenti al primo invito.

L'intervallo tra due test di screening è di due anni.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Consolidate evidenze scientifiche supportano l'efficacia e la costo-efficacia dei programmi organizzati per lo screening del carcinoma della cervice uterina, della mammella e del colon-retto^{1,2}. Le neoplasie a cui si rivolgono tali programmi costituiscono un'importante causa di malattia e mortalità in Italia e in Piemonte³. Tra le donne, il tumore alla mammella risulta al primo posto per incidenza e mortalità seguito da quello del colon-retto e del polmone. Per gli uomini, il tumore colo-rettale è al terzo posto per incidenza dopo quello della prostata e del polmone e al secondo per quanto riguarda la mortalità³. Le attuali strategie di screening possono consentire una diagnosi precoce dei tumori con un sensibile guadagno prognostico e, nei casi degli screening del colon-retto e della cervice uterina, intervenire anche sulla storia naturale della malattia prevenendone l'insorgenza⁴.

1. Ministero della Salute. *Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*. (2007).
2. Armaroli P, Villain P, Suonio E, et al. *European Code against cancer 4th edition: cancer screening*. *Cancer Epidemiology* 39S (2015) S139 – S15.
3. *I numeri del cancro in Italia 2019*. Intermedia Editore. Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM), Fondazione AIOM, Sorveglianza PASSI – PASSI d'Argento, Società Italiana di Anatomia Patologica e Citodiagnostica (SIAPEC-IAP).
4. Osservatorio Nazionale screening. *Rapporto 2018*. <https://www.osservatorionazionalecancer.it/content/rapporto>

Bibliografia

1. Anttila A, Arbyn M, De Vuyst H, et al. *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*. Second edition – Supplements. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.
2. Dimitrova N, Saz Parkinson Z, Bramesfeld A, et al. *European Guidelines for breast cancer screening and diagnosis – The European Breast Guidelines*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016.
3. Segnan N, Patnick J, von Karsa L. et al. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.
4. Lauby-Secretan B, Vilahur N, Bianchini F, et al. *International Agency for Research on Cancer Handbook Working Group*. The IARC Perspective on Colorectal Cancer Screening. *N Engl J Med*. 2018 May 3;378(18):1734-1740.

4.5.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PL15_OT03	Collaborazione con Enti e Associazioni aderenti alla Rete per la Prevenzione.			
INDICATORE PL15_OT03_IT04	Accordi intersettoriali (b)			
formula	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)			
Standard	Almeno 2 Accordi entro il 2025			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	-	-	-	Almeno 2 Accordi entro il 2025
Fonte	Regione			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PL15_OT02	Formazione operatori dello screening, operatori sanitari e del terzo settore.			
INDICATORE PL15_OT02_IT05	Formazione (A)			
formula	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali			
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Realizzazione di almeno un percorso formativo	Realizzazione di almeno un percorso formativo	Realizzazione di almeno un percorso formativo	Realizzazione di almeno un percorso formativo
Fonte	Regione			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PL15_OT04	Promozione di campagne informative rivolte alla cittadinanza e agli operatori			
INDICATORE PL15_OT04_IT06	Realizzazione di campagne informative per cittadini e operatori			
formula	Presenza			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Almeno 1 campagna informativa	Almeno 1 campagna informativa	Almeno 1 campagna informativa	Almeno 1 campagna informativa
Standard	Almeno 1 campagna informativa ogni anno			
Fonte	Regione Piemonte			

EQUITÀ

OBIETTIVO PL15_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative			
INDICATORE PL15_OT01_IT01	Lenti di equità			
formula	adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022			
Fonte	Regione			

4.5.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PL15_OS01	Garantire livelli di attività adeguati ad offrire lo screening del tumore della cervice uterina negli intervalli previsti a tutta la popolazione eleggibile dei programmi e promozione della partecipazione, favorendo l'empowerment del cittadino per una scelta informata e consapevole			
INDICATORE PL15_OS01_IS01	Copertura da esami			
formula	Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale			
Standard	55%			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	47%	50%	52%	55%
Fonte	Archivio regionale screening			
INDICATORE PL15_OS01_IS02	Copertura da inviti			
formula	Numero di persone invitate a sottoporsi a screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/ popolazione bersaglio annuale			
Standard	100% (+o-3%)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	100% (+o-3%)	100% (+o-3%)	100% (+o-3%)	100% (+o-3%)
Fonte	Archivio regionale screening			
OBIETTIVO PL15_OS02	Aumentare la copertura della popolazione del programma di screening dei tumori colo-rettali, ampliando la fascia di età bersaglio e favorendo la scelta delle persone invitate tra le diverse opzioni			
INDICATORE PL15_OS02_IS10	Progressione del piano di estensione della copertura del programma di screening dei tumori colo-rettali			
formula	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di programmi screening che raggiungono l'obiettivo di recupero del ritardo - Numero di programmi screening che hanno anticipato l'età di avvio dello screening (55 anni) - % di soggetti appartenenti alle coorti non invitate a FS o non aderenti negli ultimi 10 anni invitata negli ultimi due anni - % di soggetti 70-74enni senza precedenti esami di screening invitati nell'anno 			
Standard	- 6 programmi - 45%			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	6 programmi	% di soggetti appartenenti alle coorti non invitate a FS o non aderenti negli ultimi 10 anni invitata negli ultimi due anni: 67%	% di soggetti 70-74enni senza precedenti esami di screening invitati nell'anno: 45%	% di soggetti 70-74enni senza precedenti esami di screening invitati nell'anno : 45%
Fonte	Archivio regionale screening			
OBIETTIVO PL15_OS03	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva, la qualità, l'equità e l'efficienza dei servizi offerti, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili, evitando duplicazioni di attività			
INDICATORE PL15_OS03_IS07	Emanazione della nuova normativa regionale			
formula	Presenza			
Standard	Presenza			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Emanazione della nuova normativa regionale	--	--	--
Fonte	DGR regionale			

INDICATORE PL15_OS03_IS08	Accordi con Rete Prevenzione/altri Enti e soggetti			
formula	presenza			
Standard	presenza			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Presenza accordi con Rete Prevenzione/altri Enti e soggetti	--	--	--
Fonte	Programmi di screening/Aziende sanitarie			
INDICATORE PL15_OS03_IS09	% di mammografie effettuate nel SSR sul totale			
formula	Numero di mammografie extra screening effettuate nel SSR / totale mammografie (screening + extra screening) effettuate nel SSR			
Standard	Mammografia = 10%,			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	15%	12%	12%	10%
Fonte	Archivio regionale screening e archivio regionale prestazioni ambulatoriali			
INDICATORE PL15_OS03_IS12	% di pap/hpv test effettuati nel ssr sul totale			
formula	Numero di Pap/HPV test extra screening effettuate nel SSR / totale Pap/HPV test (screening + extra screening) effettuate nel SSR			
Standard	Pap/HPV test = 10%,			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	15%	12%	12%	10%
Fonte	Archivio regionale screening e archivio regionale prestazioni ambulatoriali			
INDICATORE PL15_OS03_IS16	% DI TEST FIT EFFETTUATE NEL SSR SUL TOTALE			
formula	Numero di test FIT extra screening effettuate nel SSR / totale test FIT (screening + extra screening) effettuate nel SSR			
Standard	Test FIT = 10%			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	18%	15%	12%	10%
Fonte	Archivio regionale screening e archivio regionale prestazioni ambulatoriali			
OBIETTIVO PL15_OS04	Favorire la partecipazione delle persone straniere e in generale dei soggetti fragili (hard-to-reach) ai programmi di screening			
INDICATORE PL15_OS04_IS15	Progetto territoriale per raggiungere fasce svantaggiate della popolazione			
formula	Presenza progetto territoriale			
Standard	Presenza progetto territoriale			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	Almeno 1 progetto avviato nel territorio del programma di screening	--	--
Fonte	Azienda Sanitaria/Programma screening			
OBIETTIVO PL15_OS05	Modulare lo screening cervicale in base alla storia di vaccinazione per HPV. Permettere la valutazione della vaccinazione sulla base dei risultati dello screening.			
INDICATORE PL15_OS05_IS13	Copertura formativa del personale inserito negli screening oncologici cervice uterina			
formula	Numero operatori formati degli screening oncologici cervice uterina/Totale operatori degli screening oncologici cervice uterina			
Standard	80%			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	80%	80%	80%	80%
Fonte	CPO Piemonte			

INDICATORE PL15_OS05_IS14	Proporzione di popolazione per cui è attivo e funzionante il linkage tra il Sistema Screening e l'Anagrafe Regionale Vaccinale			
formula	Numero di donne correttamente classificate come vaccinate contro HPV/Donne invitate allo screening cervicale			
Standard	100%			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	100%	100%	100%	100%
Fonte	CSI Piemonte			
OBIETTIVO PL15_OS07	Garantire livelli di attività adeguati ad offrire lo screening del tumore della mammella negli intervalli previsti a tutta la popolazione eleggibile dei programmi e promozione della partecipazione, favorendo l'empowerment del cittadino per una scelta informata e consapevole			
INDICATORE PL15_OS07_IS03	Copertura da esami			
formula	Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore della mammella nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale			
Standard	65%			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	58%	60%	63%	65%
Fonte	Archivio regionale screening			
INDICATORE PL15_OS07_IS04	Copertura da inviti			
formula	Numero di persone invitate a sottoporsi a screening per il tumore della mammelle nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale			
Standard	100% (+o-3%)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	100% (+o-3%)	100% (+o-3%)	100% (+o-3%)	100% (+o-3%)
Fonte	Archivio regionale screening			
OBIETTIVO PL15_OS08	Garantire livelli di attività adeguati ad offrire lo screening del tumore del colon-retto negli intervalli previsti a tutta la popolazione eleggibile dei programmi e promozione della partecipazione, favorendo l'empowerment del cittadino per una scelta informata e consapevole			
INDICATORE PL15_OS08_IS05	Copertura da inviti			
formula	Numero di persone invitate a sottoporsi a screening del tumore del colon-retto nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale			
Standard	100% (+o-3%)			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	100% (+o-3%)	100% (+o-3%)	100% (+o-3%)	100% (+o-3%)
Fonte	Archivio regionale screening			
INDICATORE PL15_OS08_IS06	Copertura da esami			
formula	Numero di persone sottoposte al test di screening del tumore del colon-retto nell'anno di riferimento + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale			
Standard	55%			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	47%	50%	53%	55%
Fonte	Archivio regionale screening			
OBIETTIVO PL15_OS09	Estendere lo screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni di età			
INDICATORE PL15_OS09_IS11	Estensione screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni di età			
formula	Attività estesa alle nuove fasce di età			
Standard	Attività estesa alle nuove fasce di età			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	--
Fonte	Archivio regionale screening			

4.5.6 Azioni

TITOLO AZIONE	15.1 Consolidamento del coordinamento multidisciplinare regionale di screening
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Migliorare l'appropriatezza prescrittiva, la qualità, l'equità e l'efficienza dei servizi offerti, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili, evitando duplicazioni di attività	
INDICATORE OS03IS07	Emanazione della nuova normativa regionale
INDICATORE OS03IS08	Accordi con Rete Prevenzione/altri Enti e soggetti
INDICATORE OS03IS09	% di mammografie effettuate nel SSR sul totale
INDICATORE OS03IS12	% di pap/hpv test effettuati nel ssr sul totale
INDICATORE OS03IS16	% DI TEST FIT EFFETTUATE NEL SSR SUL TOTALE
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Formazione operatori dello screening, operatori sanitari e del terzo settore.	
INDICATORE OT02IT05	Formazione (A)
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Consolidamento del coordinamento multidisciplinare regionale di screening i cui obiettivi sono il monitoraggio, la garanzia di miglioramento continuo della qualità, la formazione specifica dei programmi di screening presenti sul territorio di competenza e l'adeguato conferimento dei dati per i debiti informativi nazionali (NSG, Adempimenti e Programmi Liberi del PNP).

TITOLO AZIONE	15.2 Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico e promozione della partecipazione della popolazione invitata
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Garantire livelli di attività adeguati ad offrire lo screening del tumore della cervice uterina negli intervalli previsti a tutta la popolazione eleggibile dei programmi e promozione della partecipazione, favorendo l'empowerment del cittadino per una scelta informata e consapevole	
INDICATORE OS01IS01	Copertura da esami
INDICATORE OS01IS02	Copertura da inviti
OBIETTIVO OS02 Aumentare la copertura della popolazione del programma di screening dei tumori colo-rettali, ampliando la fascia di età bersaglio e favorendo la scelta delle persone invitate tra le diverse opzioni	
INDICATORE OS02IS10	Progressione del piano di estensione della copertura del programma di screening dei tumori colo-rettali
OBIETTIVO OS07 Garantire livelli di attività adeguati ad offrire lo screening del tumore della mammella negli intervalli previsti a tutta la popolazione eleggibile dei programmi e promozione della partecipazione, favorendo l'empowerment del cittadino per una scelta informata e consapevole	
INDICATORE OS07IS03	Copertura da esami
INDICATORE OS07IS04	Copertura da inviti
OBIETTIVO OS08 Garantire livelli di attività adeguati ad offrire lo screening del tumore del colon-retto negli intervalli previsti a tutta la popolazione eleggibile dei programmi e promozione della partecipazione, favorendo l'empowerment del cittadino per una scelta informata e consapevole	
INDICATORE OS08IS05	Copertura da inviti
INDICATORE OS08IS06	Copertura da esami
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Promozione di campagne informative rivolte alla cittadinanza e agli operatori	
INDICATORE OT04IT06	Realizzazione di campagne informative per cittadini e operatori
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'azione persegue i seguenti obiettivi:

- a. Sostenere l'estensione dei programmi
 - 1) definizione di piani annuali di attività con previsione delle risorse tecniche e di personale necessarie al raggiungimento degli obiettivi e assegnazione alle aziende afferenti a ciascun programma di un budget finalizzato all'erogazione delle prestazioni di screening previste dal locale piano di attività;
 - 2) consolidamento del coordinamento multidisciplinare regionale di screening.
- b. Promuovere la partecipazione
 - 1) adozione di iniziative informative e comunicative efficaci;

- 2) messa a punto di modelli organizzativi efficienti e di qualità che si avvalgano di soluzioni tecnologiche atte a snellire i processi e a raggiungere capillarmente tutti i cittadini;
- 3) *per screening colorettales*: estensione della modalità di invito con lettera di preavviso, per favorire un incremento della rispondenza;
- 4) *per screening del tumore della cervice uterina*: introduzione dell'opzione dell'auto-prelievo per le donne invitate a sottoporsi al test HPV.

Saranno definiti, a livello di ciascun programma, accordi con le unità operative coinvolte nelle ASL e nelle ASO per:

- la programmazione dei volumi di attività necessari a garantire la copertura della popolazione, utilizzando, nei programmi che riuniscono l'attività di più aziende, le opportunità di integrazione delle risorse disponibili;
- l'utilizzo delle modalità previste a livello regionale per il potenziamento delle risorse da indirizzare sull'attività di screening;
- l'adozione di misure mirate di incremento del personale dei servizi screening, per compensare il mancato, o ridotto, turn over degli operatori che negli ultimi anni ha contribuito in molti servizi ad aggravare l'impatto dell'emergenza pandemica;
- garantire il recupero del ritardo e la sostenibilità nel tempo dei livelli di attività necessari a garantire a completa copertura della popolazione negli intervalli previsti dai protocolli di screening.

Un utilizzo più appropriato ed efficiente delle risorse disponibili, ottenibile con una maggiore integrazione dell'attività ambulatoriale spontanea nel programma di screening (vedi azione 15.3) e con una riduzione dell'utilizzo inappropriato delle prestazioni di sorveglianza e follow-up, può liberare risorse per l'attività di screening.

Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi è affidato al Coordinamento regionale, con rendicontazione trimestrale. Tutte le direzioni Aziendali sono egualmente responsabili per il raggiungimento degli obiettivi.

TITOLO AZIONE	15.3 Reindirizzare l'attività di screening spontaneo nel percorso dei programmi organizzati
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS01 Garantire livelli di attività adeguati ad offrire lo screening del tumore della cervice uterina negli intervalli previsti a tutta la popolazione eleggibile dei programmi e promozione della partecipazione, favorendo l'empowerment del cittadino per una scelta informata e consapevole	
INDICATORE OS01IS01	Copertura da esami
INDICATORE OS01IS02	Copertura da inviti
OBIETTIVO OS02 Aumentare la copertura della popolazione del programma di screening dei tumori colo-rettali, ampliando la fascia di età bersaglio e favorendo la scelta delle persone invitate tra le diverse opzioni	
INDICATORE OS02IS10	Progressione del piano di estensione della copertura del programma di screening dei tumori colo-rettali
OBIETTIVO OS03 Migliorare l'appropriatezza prescrittiva, la qualità, l'equità e l'efficienza dei servizi offerti, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili, evitando duplicazioni di attività	
INDICATORE OS03IS09	% di mammografie effettuate nel SSR sul totale
INDICATORE OS03IS12	% di pap/hpv test effettuati nel SSR sul totale
INDICATORE OS03IS16	% di test FIT effettuate nel SSR sul totale
OBIETTIVO OS07 Garantire livelli di attività adeguati ad offrire lo screening del tumore della mammella negli intervalli previsti a tutta la popolazione eleggibile dei programmi e promozione della partecipazione, favorendo l'empowerment del cittadino per una scelta informata e consapevole	
INDICATORE OS07IS03	Copertura da esami
INDICATORE OS07IS04	Copertura da inviti
OBIETTIVO OS08 Garantire livelli di attività adeguati ad offrire lo screening del tumore del colon-retto negli intervalli previsti a tutta la popolazione eleggibile dei programmi e promozione della partecipazione, favorendo l'empowerment del cittadino per una scelta informata e consapevole	
INDICATORE OS08IS05	Copertura da inviti
INDICATORE OS08IS06	Copertura da esami
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Formazione operatori dello screening, operatori sanitari e del terzo settore.	
INDICATORE OT02IT05	Formazione (A)
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'obiettivo di ricondurre lo screening spontaneo entro i programmi organizzati sarà perseguito attraverso i seguenti filoni di attività.

- Adozione di disposizioni normative e definizione di accordi con organizzazioni dei pazienti, di volontariato sociale e no-profit, che svolgono interventi di prevenzione sul territorio. La DGR 27-3570

del 4/07/2016 conferma l'indicazione della DGR 111 del 2006 a limitare l'accesso ad esami di prevenzione dei tumori oggetto di screening ai soli assistiti che abbiano avuto una prescrizione dell'esame per la comparsa di sintomi, rinviando tutti gli esami di controllo al percorso previsto dal programma di screening. Si rende necessario aggiornare la normativa regionale che disciplina l'accesso agli esami di prevenzione oncologica al di fuori del programma di screening per tener conto delle indicazioni relative alle donne coperte da vaccinazione HPV e delle indicazioni del documento relativo alla gestione delle richieste di FIT extra-screening.

È stata costituita la "Rete per la Prevenzione", che istituisce una collaborazione tra la Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta e le Associazioni che si impegnano a promuovere le indicazioni del codice europeo contro il cancro. Tra queste è compresa la raccomandazione ad aderire ai programmi di screening organizzati attivati dalle autorità sanitarie di riferimento. Verranno attivati in ogni programma protocolli di collaborazione con le associazioni aderenti alla Rete per la Prevenzione, mirati a reindirizzare nell'ambito del percorso del programma di screening tutte le attività di sensibilizzazione e/o offerta di test screening attualmente da queste sostenute.

- Re-ingegnerizzazione delle modalità organizzative, attraverso l'analisi organizzativa, la definizione e attuazione delle modifiche da introdurre nell'applicativo per favorire l'integrazione delle richieste di esami di prevenzione nel percorso screening, includendo la possibilità per le associazioni che aderiscono al protocollo screening di collegare i loro centri all'applicativo gestionale screening.

- Adozione di protocolli specifici e indicazioni alla aziende territoriali e ospedaliere per regolare la riconversione delle richieste spontanee, effettuata a seguito di prescrizione medica.

Screening colon-retto: per quanto riguarda la prescrizione del FIT extra-screening è stato approvato un documento che sintetizza le raccomandazioni per l'uso dell'esame in ambito clinico, discusso con le società scientifiche e approvato dal Coordinamento regionale nel 2019.

Screening cervice uterina: occorre aggiornare le indicazioni relative all'inserimento nel programma di screening delle giovani donne vaccinate per l'HPV.

Screening mammella: occorre aggiornare le indicazioni per l'estensione dell'età target del programma di screening.

- Progettazione e conduzione di campagne di comunicazione rivolte alla popolazione target e alla popolazione generale; interventi di formazione rivolti ai MMG, al personale dei CUP aziendali e del CUP Regionale, agli operatori dei centri di prelievo locali, mirati a promuovere la conoscenza e le modalità di attuazione delle indicazioni per la gestione delle richieste di esami di prevenzione.

TITOLO AZIONE	15.4 Invio progressivo della lettera di invito alle donne di 45-49 anni e posticipo dell'età di uscita dallo screening fino a 74 anni di età.
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS09 Estendere lo screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni di età	
INDICATORE OS09IS11	Estensione screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni di età
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Nell'ambito della rimodulazione degli obiettivi del precedente Piano, la scadenza prevista per il completamento della copertura delle donne 45-49enni era stata rinviata al 2020. L'emergenza pandemica ha impedito di raggiungere questo obiettivo, determinando l'accumularsi di ulteriore ritardo sia per i nuovi inviti che per i reinviti delle donne già inserite nel programma.

A partire dal 2022 verrà stilato un cronoprogramma per definire i tempi necessari per l'inserimento progressivo di queste donne nel programma.

Sempre a partire dal 2022 si estenderà il programma di inviti alle donne di età compresa tra i 70-74 anni, posticipando l'età di uscita dal programma solo per le donne che andranno progressivamente in scadenza a partire dal 1° gennaio 2022.

Per le 70-74enni non sono previsti indicatori in quanto l'inserimento nel programma di questa fascia avviene in modo progressivo.

Contemporaneamente verranno presi in considerazione i risultati di alcuni studi in corso (nazionali e internazionali) per valutare nuovi intervalli di invito per le donne sotto i 50 anni.

TITOLO AZIONE	15.5 Adozione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate contro l'HPV entro i 15 anni di età
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS05 Modulare lo screening cervicale in base alla storia di vaccinazione per HPV. Permettere la valutazione della vaccinazione sulla base dei risultati dello screening.	
INDICATORE OS05IS13	Copertura formativa del personale inserito negli screening oncologici cervice uterina
INDICATORE OS05IS14	Proporzione di popolazione per cui è attivo e funzionante il linkage tra il Sistema Screening e l'Anagrafe Regionale Vaccinale
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La popolazione target di questa azione è la popolazione femminile di età compresa tra 12 e 24 anni e le coorti delle 25enni che vengono inserite nel programma.

Sono previste le seguenti attività:

- adozione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate contro l'HPV entro i 15 anni di età per le coorti delle 25enni che vengono inserite nel programma (avvalendosi delle indicazioni contenute nella nota ONS del 26 aprile 2021);
- campagna di comunicazione rivolta ai professionisti sanitari coinvolti nel percorso di screening (ostetriche, ginecologi, MMG, ecc.);
- campagna di comunicazione rivolta alla popolazione target.

Ad oggi il sistema screening è integrato con l'Anagrafe Regionale Vaccinale* (Sistema Informativo Regionale per le Vaccinazioni - SIRVA). L'applicativo screening può quindi gestire gli inviti sulla base dell'informazione relativa alla storia di vaccinazione per HPV dell'assistita invitabile. Nel 2021 continua nei centri partecipanti l'attività legata agli studi nazionali per consolidare i risultati preliminari:

- sulla riduzione delle infezioni oggetto di vaccinazione e dell'identificazione di lesioni di alto grado della cervice uterina, nelle ragazze vaccinate;
- sulla valutazione di strategie di screening appropriate per le donne vaccinate e non vaccinate.

Dal 2022 anche la regione Piemonte adotterà le indicazioni dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) in merito all'applicazione delle raccomandazioni della Consensus Conference nazionale su vaccinazione anti HPV e screening, che prevedono l'avvio dello screening a 30 anni per le donne vaccinate a 12 anni (in Piemonte a partire dalla coorte di nascita del 1997).

Nel 2021 verranno predisposte le azioni rivolte a posticipare all'età di 30 anni il primo invito allo screening per le donne vaccinate a 12 anni (in Piemonte a partire dalla coorte di nascita 1997); secondo le indicazioni dell'ONS sono previste:

- campagne informative per gli operatori e per la popolazione;
- modifiche all'applicativo gestionale per l'individuazione e l'invito a 25 anni delle donne non vaccinate, e per il posticipo a 30 anni dell'invito per le donne vaccinate entro i 15 anni di età;
- adozione di protocolli di screening appropriati nelle donne vaccinate e non;
- programmazione di eventi formativi a livello regionale rivolti agli operatori ed eventuali iniziative concordate a livello nazionale.

* La migrazione di pazienti tra regioni potrebbe determinare la presenza di donne vaccinate extra-regione tra quelle che risultano non vaccinate nel Sistema Informativo Regionale per le Vaccinazioni. La creazione di un'anagrafe vaccinale nazionale (AVN) permetterà di superare questa criticità.

TITOLO AZIONE	15.6 Percorsi diagnostico-terapeutici integrati con i programmi di screening in essere per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Migliorare l'appropriatezza prescrittiva, la qualità, l'equità e l'efficienza dei servizi offerti, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili, evitando duplicazioni di attività	
INDICATORE OS03IS09	% di mammografie effettuate nel SSR sul totale
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'azione punta a implementare percorsi diagnostico-terapeutici integrati con i programmi di screening in essere per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2.

Con la DGR 81-8681 del marzo 2019 la Regione Piemonte ha adottato le raccomandazioni del gruppo di lavoro multidisciplinare regionale. Il percorso prevede il coinvolgimento delle Breast Unit e dei GIC della rete oncologica, che sono ritenute le sedi più idonee per l'identificazione e la presa in carico delle donne con sospetta sindrome ereditaria.

Ciascun programma dovrà identificare, insieme ai GIC e alle Breast Unit cui afferiscono i casi, un centro di riferimento per la gestione di queste donne.

Verrà condotta una analisi per valutare le opportunità di integrazione dei protocolli di sorveglianza previsti per le donne ad alto rischio nell'ambito del percorso screening. Sulla base dell'analisi verranno definite le modifiche necessarie all'applicativo gestionale per garantire l'offerta degli esami di sorveglianza, che dovranno eventualmente essere gestiti dal locale programma di screening.

TITOLO AZIONE	15.7 Estensione dell'offerta di screening per il tumore colo rettale
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS02 Aumentare la copertura della popolazione del programma di screening dei tumori colo-rettali, ampliando la fascia di età bersaglio e favorendo la scelta delle persone invitate tra le diverse opzioni	
INDICATORE OS02IS10	Progressione del piano di estensione della copertura del programma di screening dei tumori colo-rettali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'offerta di screening colo rettale sarà progressivamente estesa, anticipando il primo invito all'età di 55 anni e prevedendo un invito attivo per le persone nel programma FIT fino ai 74 anni di età, definendo il fabbisogno di risorse e le modalità di implementazione.

Nel 2021 viene completato il recupero del ritardo accumulato a seguito dell'emergenza Covid-19.

A partire dal 2022 sarà anticipata l'età di avvio del programma ai 55 anni: alla coorte dei 55enni nel 2022 (nati nel 1967) verrà offerto lo screening con sigmoidoscopia; i soggetti delle coorti di nascita comprese tra il 1966 e il 1964 verranno reindirizzati sul programma FIT nell'arco di 3 anni. Egualmente, nell'arco di 3 anni verranno richiamati con invito attivo tutti gli assistiti nella fascia di età 59-59 anni che non avevano più ricevuto inviti dopo aver rifiutato gli inviti alla sigmoidoscopia e l'offerta dello screening con FIT negli anni precedenti.

A partire dal 2024 è previsto l'inserimento nel percorso di screening con invito attivo degli assistiti di età compresa tra 70 e 74 anni che non abbiano eseguito FIT di screening dopo i 64 anni (e non abbiano in precedenza aderito ad un invito a sottoporsi a sigmoidoscopia di screening).

In base ad una rivalutazione delle risorse disponibili, l'invito attivo ad eseguire un FIT con cadenza biennale verrà eventualmente successivamente esteso a tutti i soggetti nella fascia di età 70-74 anni.

TITOLO AZIONE	15.8 Integrazione di interventi di promozione della salute nell'ambito dello screening oncologico (integrazione con PL12)
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte alla modifica ambientale/organizzativa di un setting per favorire l'adozione competente e consapevole di stili di vita favorevoli alla salute
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Altro
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Migliorare l'appropriatezza prescrittiva, la qualità, l'equità e l'efficienza dei servizi offerti, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili, evitando duplicazioni di attività	
INDICATORE OS03IS07	Emanazione della nuova normativa regionale
INDICATORE OS03IS08	Accordi con Rete Prevenzione/altri Enti e soggetti
INDICATORE OS03IS09	% di mammografie effettuate nel SSR sul totale
INDICATORE OS03IS12	% di pap/hpv test effettuati nel ssr sul totale
INDICATORE OS03IS16	% di test FIT effettuate nel SSR sul totale
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Il setting dello screening può rappresentare l'occasione per avviare percorsi di promozione della salute, volti a modificare le abitudini della popolazione che vi accede. Proprio l'accesso ai servizi di screening può diventare una finestra di opportunità, nella quale il cittadino (e paziente) è più sensibile a ricevere messaggi di salute. Questo accesso al sistema sanitario può diventare un "teachable moment", ossia un momento di transizione che avviene naturalmente nel corso della vita di una persona, o un evento significativo per la salute, che può motivare gli individui ad adottare spontaneamente comportamenti volti alla riduzione di fattori di rischio.

Saranno coinvolti operatori dello screening dei diversi Programmi nei percorsi di Formazione a Distanza (FAD 24) sul counseling motivazionale per la promozione di stili di vita sani.

Verranno identificate priorità di intervento sugli stili di vita eventualmente differenziate sulle diverse fasce di età della popolazione target dello screening.

Verranno sviluppati strumenti di comunicazione e di supporto al cambiamento degli stili di vita, sulla base anche dell'esperienza maturata nel corso del progetto CCM - SMART (APP, sito web).

Verranno avviati percorsi di promozione della salute nelle diverse unità di screening regionali.

L'azione sarà condotta in collaborazione con il PL12 e il PL13.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	15.9 Promozione della partecipazione e rafforzamento degli interventi per raggiungere sottogruppi svantaggiati della popolazione
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza (efficacia, sostenibilità, integrazione) dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, in relazione all'offerta individuale (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS04 Favorire la partecipazione delle persone straniere e in generale dei soggetti fragili (hard-to-reach) ai programmi di screening	
INDICATORE OS04IS15	Progetto territoriale per raggiungere fasce svantaggiate della popolazione
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT01IT01	Lenti di equità
OBIETTIVO OT03 Collaborazione con Enti e Associazioni aderenti alla Rete per la Prevenzione.	
INDICATORE OT03IT04	Accordi intersettoriali (b)
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'azione persegue l'obiettivo di incrementare la partecipazione allo screening dei soggetti più vulnerabili della popolazione, mettendo in atto e potenziando le sinergie con le organizzazioni/strutture socio-sanitarie e associazioni di cittadini e pazienti impegnate sul territorio nell'assistenza di soggetti fragili, per individuare i fabbisogni delle popolazioni hard-to-reach e pianificare strategie condivise.

Saranno realizzate iniziative specifiche, quali la produzione e diffusione di materiale informativo rivolto alle persone straniere.

Saranno avviati contatti con le organizzazioni locali impegnate sul territorio nel settore dell'immigrazione e sviluppate attività di confronto con le associazioni che lavorano nel settore per mettere in atto sinergie e nuove modalità di contatto con questi sottogruppi della popolazione e costruire una rete di contatti tra gli operatori dello screening e i professionisti del settore, in specifico con i mediatori culturali.

Viene effettuato un monitoraggio dei livelli di partecipazione e degli indicatori di processo e di esito stratificati per stato socio-economico e paese di origine.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Promozione della partecipazione e rafforzamento degli interventi per raggiungere sottogruppi svantaggiati della popolazione			
DESCRIZIONE: Aumento della partecipazione di sottogruppi svantaggiati della popolazione				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Attività previste: - Potenziare le sinergie con le organizzazioni/strutture socio-sanitarie e associazioni di cittadini e pazienti impegnate sul territorio nell'assistenza di soggetti fragili, per individuare i fabbisogni delle popolazioni <i>hard-to-reach</i> e pianificare strategie condivise; - Diffusione di materiali informativi specifici per le persone straniere - Identificazione e presa di contatto con le organizzazioni/strutture locali impegnate sul territorio nel settore dell'immigrazione. - Monitoraggio dei livelli di partecipazione e degli indicatori di processo e di esito stratificati per stadi socio-economico				
ATTORI COINVOLTI	- organizzazioni e/o strutture socio-sanitarie - associazioni di cittadini e pazienti impegnate sul territorio nell'assistenza di soggetti fragili			
INDICATORE	Progetto territoriale per raggiungere fasce svantaggiate della popolazione			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Presenza progetto territoriale • Standard: Presenza progetto territoriale • Fonte: Azienda Sanitaria 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	–	Almeno 1 progetto avviato nel territorio di almeno 2 dei 6 programmi di screening	Almeno 1 progetto avviato nel territorio di almeno 4 dei 6 programmi di screening	Almeno 1 progetto avviato nel territorio di ciascuno dei 6 programmi di screening
INDICATORE	Accordi intersettoriali con stakeholder che operano nel territorio dell'ASL			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Presenza accordo intersettoriale • Standard: Presenza accordo intersettoriale • Fonte: Aziende Sanitarie 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Presenza accordo intersettoriale per territorio ASL	–	–	--

4.6 PL16 Governance del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025

4.6.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL16
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Monica Bonifetto
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	--
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti MO3 Incidenti domestici e stradali MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali MO5 Ambiente, Clima e Salute MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	--
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	--
LEA	C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari

4.6.2 Analisi di contesto

Il PL 16 prosegue l'attività del Programma 10 Governance del PRP 2014-2019. Tale programma ha svolto un'importante azione di coordinamento e sviluppo delle azioni trasversali a più programmi e ai diversi livelli organizzativi. Infatti, in Piemonte il PRP è strutturato su due livelli: regionale, con un gruppo di coordinamento per ogni programma; locale, con un gruppo di coordinamento locale, un responsabile per ogni ASL e un referente per ogni programma. Con la DD n. 120 del 18/02/2019 è stato ridefinito il Coordinamento Regionale della Prevenzione (CORP) a cui competono le decisioni strategiche. In particolare il gruppo governance del PRP 2014-2019 ha sviluppato azioni riguardanti:

- il coordinamento delle azioni tra programmi a livello regionale e locale;
- l'attuazione di audit a livello locale;
- il raccordo con il livello nazionale;
- l'adeguamento, lo sviluppo e l'adozione dei sistemi informativi a sostegno della rendicontazione di processo e di risultato del piano a livello locale, regionale e nazionale;

- il coordinamento delle attività e la diffusione dei risultati delle sorveglianze di popolazione (0-2; OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, Passi d'Argento);
- la formazione generale, trasversale a più programmi (ad esempio sull'equità, sugli interventi evidence-based e le buone pratiche, sui sistemi di monitoraggio del piano, ...);
- la comunicazione generale, trasversale a più programmi, all'interno di un piano di comunicazione del PRP che definisce le priorità e coordina le iniziative (è stata progettata l'immagine coordinata del piano e dei singoli programmi; sono stati costruiti strumenti di comunicazione del piano e di singole azioni definite prioritarie, ...);
- l'attenzione all'equità sviluppando azioni di sistema (coordinamento del progetto CCM nazionale; conduzione di azioni di formazione/riflessione dedicate a tutti i soggetti coinvolti nel PRP e ai Coordinatori dei Piani Locali di Prevenzione) e attivando progetti sperimentali su specifici programmi di piano (un HEA di comunità nella Città di Torino; un HEA sullo screening del colon; un HEA nel setting scuola).

I risultati raggiunti nell'ambito del programma governance del PRP 2014-2019 sono molto positivi, pertanto il PL 16 intende dare continuità alla strategia già sperimentata. Molte attività si sono purtroppo interrotte a causa della pandemia: mantenere un'azione di governance generale appare indispensabile per sostenere la ripresa nell'ambito del nuovo PRP. Sarà inoltre necessario coordinare le azioni del Piano con gli altri livelli programmatori regionali correlati (ad esempio la Strategia regionale per lo sviluppo sostenibile) e con i progetti previsti nel PNRR (per la missione "Salute" sono stati individuati progetti di digitalizzazione dell'assistenza medica e dei servizi di prevenzione e il rafforzamento della prossimità delle strutture del sistema sanitario nazionale).

4.6.3 Scheda di programma

Descrizione

Il PRP 2020-2025 prevede complessivamente 15 programmi (10 predefiniti e 5 liberi) più un programma di governance (il PL 16), ritenuto necessario per coordinare, supportare e monitorare le diverse attività previste all'interno di una pianificazione piuttosto complessa e articolata. Il PL16 si pone in continuità con il programma 10 del PRP 2014-2019, mantenendo la stessa strategia e pianificando azioni sui seguenti filoni di attività:

- il monitoraggio e il raccordo dell'attività dei gruppi di coordinamento dei programmi PRP a livello locale e regionale;
- il monitoraggio del Piano attraverso il sostegno all'utilizzo e all'implementazione di ProSa e del sistema di monitoraggio degli indicatori PRP, in particolare gli indicatori di processo e il valore regionale degli indicatori degli Obiettivi Strategici;
- il coordinamento dell'attuazione e della diffusione dei risultati delle sorveglianze di popolazione attive in Regione Piemonte;
- il coordinamento e il supporto al gruppo regionale HEA, dedicato alle disuguaglianze, attraverso la messa a disposizione di strumenti operativi e di momenti formativi;
- la definizione dei bisogni formativi degli operatori impegnati nell'attuazione del PRP all'interno di un piano di formazione e supporto regionale;
- la definizione di una strategia unica di comunicazione del PRP all'interno di un piano di comunicazione organico.

La governance del PRP dovrà supportare in particolare le "azioni trasversali" previste dal PNP 2020-2025, garantendone il coordinamento e le necessarie sinergie:

- l'approccio intersettoriale, dentro e fuori il sistema sanitario;
- l'attenzione all'equità;
- la formazione;
- la comunicazione.

Si individuano alcuni fattori interni ed esterni che possono influenzare il raggiungimento degli obiettivi del programma:

- la continuità dell'azione amministrativa regionale è un fattore che può facilitare o, viceversa, ostacolare il buon esito delle azioni previste;
- la disponibilità alla collaborazione dei soggetti interni ed esterni alla sanità (es. Distretti, enti locali, altri Assessorati e Direzioni regionali);
- i vincoli di bilancio;
- il ricambio generazionale in atto nelle ASL e nell'Amministrazione regionale;
- la disponibilità di risorse a livello regionale e di ASL.

4.6.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO PL16_OT02	Coordinare le attività di sottoscrizione di accordi con Comuni, enti, associazioni e terzo settore previsti da più programmi predefiniti e liberi			
INDICATORE PL16_OT02_IT02	Accordi quadro intersettoriali			
formula	Coordinamento e armonizzazione delle azioni intersettoriali previste dai diversi programmi definendo accordi quadro a livello regionale			
Standard	Almeno 1 accordo quadro di livello regionale ogni anno a partire dal 2022			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Almeno 1 accordo quadro di livello regionale	Almeno 1 accordo quadro di livello regionale	Almeno 1 accordo quadro di livello regionale	Almeno 1 accordo quadro di livello regionale
Fonte	Regione Piemonte			

FORMAZIONE

OBIETTIVO PL16_OT03	Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano			
INDICATORE PL16_OT03_IT03	Programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano			
formula	Programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano			
Standard	Almeno un corso regionale ogni anno a partire dal 2023.			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Piano di formazione disponibile	Almeno un corso regionale secondo i bisogni individuati nel piano di formazione	Almeno un corso regionale secondo i bisogni individuati nel piano di formazione	Almeno un corso regionale secondo i bisogni individuati nel piano di formazione
Fonte	Regione Piemonte			

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO PL16_OT04	Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano			
INDICATORE PL16_OT04_IT04	Comunicazione del PRP			
formula	Presenza del Piano e della strategia di comunicazione			
Standard	Piano di comunicazione presente; strategia di comunicazione aggiornata annualmente.			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Piano di comunicazione aggiornato	Strategia di comunicazione aggiornata	Strategia di comunicazione aggiornata	Strategia di comunicazione aggiornata
Fonte	Regione Piemonte			

EQUITÀ

OBIETTIVO PL16_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative			
INDICATORE PL16_OT01_IT01	Lenti di equità			
formula	adozione dell'HEA			
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022			
Fonte	Regione			

4.6.5 Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO PL16_OS02	Definire, coordinare e attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP e adeguare i sistemi informativi di monitoraggio degli obiettivi PRP 2020-2025			
INDICATORE PL16_OS02_IS02	Piano di monitoraggio e valutazione del PRP			
formula	Presenza e aggiornamento del Piano di monitoraggio e valutazione del PRP			
Standard	Aggiornamento del Piano di monitoraggio e valutazione del PRP; report annuali con i valori degli indicatori aggiornati, a partire dal 2023.			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Piano di monitoraggio aggiornato secondo quanto previsto dal PRP 2020-2025	Presenza di un report con i valori degli indicatori aggiornati	Presenza di un report con i valori degli indicatori aggiornati	Presenza di un report con i valori degli indicatori aggiornati
Fonte	Regione Piemonte			
INDICATORE PL16_OS02_IS01	Sistemi informativi di monitoraggio			
formula	Adeguamento sistemi informativi al nuovo PRP, formazione e supporto all'utilizzo			
Standard	Adeguamento di ProSa; almeno una azione regionale di formazione/supporto ogni anno a partire dal 2023.			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Adeguamento di ProSa agli indicatori previsti nel PRP 2020-2025	Almeno una azione regionale di formazione/supporto	Almeno una azione regionale di formazione/supporto	Almeno una azione regionale di formazione/supporto
Fonte	Regione Piemonte			
OBIETTIVO PL16_OS03	Attuare le sorveglianze di popolazione e utilizzare i risultati			
INDICATORE PL16_OS03_IS01	Reportistica dei risultati delle sorveglianze			
formula	Presenza di documento di reportistica			
Standard	Produzione di almeno un documento di reportistica ogni anno			
Valori attesi annuali	2022	2023	2024	2025
	Almeno un report disponibile	Almeno un report disponibile	Almeno un report disponibile	Almeno un report disponibile
Fonte	Regione Piemonte			

4.6.6 Azioni

TITOLO AZIONE	16.1 Intersettorialità nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di processi intersettoriali
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d’intesa, convenzioni con Istituzioni e/o titolari di policy (es. USR, Prefetture, Assessorati regionali Sport, Formazione, Turismo, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT02 Coordinare le attività di sottoscrizione di accordi con Comuni, enti, associazioni e terzo settore previsti da più programmi predefiniti e liberi	
INDICATORE OT02IT02	Accordi quadro intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità;altro:

DESCRIZIONE

Il PNP 2020-2025 persegue l’intersettorialità a livello generale, trasversalmente a tutti i programmi predefiniti e liberi. Tutti i programmi prevedono quindi di consolidare le alleanze in atto e/o costruire nuove alleanze con i soggetti interni ed esterni alla sanità strategici per il raggiungimento degli obiettivi di salute specifici. Le alleanze si sviluppano primariamente attraverso accordi intersettoriali. Alcuni soggetti costituiscono interlocutori fondamentali per diversi programmi, in particolare in ambito sanitario i MMG/PLS e, in ambito extra-sanitario, l’Ufficio scolastico regionale, i Comuni, il terzo settore, l’INAIL. È necessario pertanto coordinare e armonizzare le azioni previste dai diversi programmi definendo accordi quadro a livello regionale.

Sarà anche valutata la fattibilità di adottare, come suggerito dal PNP, un approccio di “Super” setting sulla città/municipalità o unione di municipalità, come il luogo dove tutti i setting possono trovare un livello istituzionale di protagonismo di change making fatto dal comune.

TITOLO AZIONE	16.2 Formazione trasversale a supporto del PRP 2020-2025
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte allo sviluppo di competenze
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT03 Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano	
INDICATORE OT03IT03	Programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità;altro:

DESCRIZIONE

In Piemonte si sta verificando un cambiamento generazionale degli operatori dedicati alla prevenzione e promozione della salute: storicamente carenti numericamente, ora anche in riduzione per il pensionamento di quelli esperti. È necessario pertanto investire in formazione di base in un'ottica di *capacity building*. I temi non riguardano solo la prevenzione e la promozione della salute ma, più in generale, anche competenze di progettazione, monitoraggio, valutazione, comunicazione. L'evoluzione della tecnologia pone inoltre la necessità di investire in formazione su strumenti innovativi di ICT, con particolare attenzione a quelli che permettono anche azioni a distanza al fine di rispondere adeguatamente alle necessità imposte dalla pandemia.

Sarà mantenuta e sviluppata l'alleanza con le Università e il Politecnico, sia per il ruolo da loro svolto nella formazione dei professionisti che lavoreranno nei prossimi periodi nella sanità piemontese (in Piemonte sono attive due scuole di specializzazione di Igiene e una di Medicina del lavoro, un corso TPALL e due master per infermieri di famiglia e di comunità) sia per coinvolgerli nello sviluppo del PRP e nell'aggiornamento continuo degli operatori già attivi.

Nel 2022 sarà definito un documento di indirizzo per orientare e coordinare le iniziative di formazione del personale impegnato a livello regionale e locale nella realizzazione del PRP 2020-2025 (piano di formazione). Saranno analizzati i bisogni evidenziati nei Servizi e programmate conseguentemente le azioni formative. La strategia di formazione attuabile per i diversi gruppi di operatori impegnati nella realizzazione del Piano sarà aggiornata tutti gli anni a partire dal 2023 e fino al termine di vigenza del piano. Tutti gli anni sarà programmato almeno un corso regionale.

TITOLO AZIONE	16.3 Piano di comunicazione del PRP 2020-2025
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT04 Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano	
INDICATORE OT04IT04	Comunicazione del PRP
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità;altro:

DESCRIZIONE

Il PRP 2020-2025 prevede obiettivi di comunicazione in tutti i programmi predefiniti e liberi che devono essere coordinati e armonizzati. Il PRP 2014-2019 includeva l'obiettivo generale di "migliorare la comunicazione e la collaborazione interistituzionale relativa agli obiettivi di piano e favorire la partecipazione sociale alle decisioni e politiche per la salute". In particolare è stato definito un documento di indirizzo per orientare e coordinare le iniziative di comunicazione e partecipazione a sostegno degli obiettivi del Piano i cui obiettivi erano:

- 1) migliorare la comunicazione dei contenuti e dei risultati delle attività del PRP attraverso azioni integrate, coordinate e facilmente riconoscibili sia a livello regionale, sia locale;
- 2) favorire la collaborazione interistituzionale relativa agli obiettivi del Piano;
- 3) diffondere risultati, punti di forza e criticità delle attività di prevenzione concluse a sostegno della riprogrammazione delle stesse;
- 4) fornire dati e informazioni utili per favorire lo sviluppo di politiche per la salute.

Nel 2022 sarà aggiornato tale documento (piano di comunicazione), ridefinendo i bisogni di conoscenza stratificati per gruppi di destinatari, adeguando il branding e la scelta dei contenuti della comunicazione ai programmi previsti nel PRP 2020-2025. Le strategie di comunicazione attuabili per i diversi gruppi di destinatari saranno aggiornate tutti gli anni a partire dal 2023 e fino al termine di vigenza del Piano.

AZIONE EQUITY-ORIENTED

TITOLO AZIONE	16.4 Coordinamento e supporto delle attività regionali e locali di contrasto alle disuguaglianze di salute
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Predisposizione/diffusione di Profili di salute ed Equità
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OBIETTIVO OT01 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
INDICATORE OT01IT01	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità;altro:

DESCRIZIONE

Il PNP 2020-2025 investe fortemente sull'equità, prevedendo la realizzazione di un HEA in tutti i programmi predefiniti e liberi. Il Piemonte persegue l'obiettivo di inserire l'equità nella salute come azione di sistema a livello regionale e locale, coinvolgendo ampiamente operatori, strutture di supporto (Epidemiologia, Dors) e organizzazioni interne ed esterne alla sanità. L'attenzione all'equità deve diventare una competenza diffusa di tutti gli operatori impegnati nel PRP, che devono quindi conoscere e maneggiare gli strumenti fondamentali per attuarla. Si investirà dunque sul capacity building degli operatori, agendo a livello formativo e supportandoli nella conduzione delle azioni previste dal Piano. A tale scopo è stato definito un gruppo di lavoro costituito da Epidemiologia, Dors, Seremi e referenti dei singoli programmi predefiniti e liberi (gruppo HEA). Tale gruppo agirà come una comunità di pratica motivata dall'interesse di apprendere e condividere conoscenze, strumenti, esperienza, e avrà il compito di monitorare il processo di Health Equity Audit in tutte le sue fasi, in ciascun programma, individuare i bisogni formativi e informativi sull'argomento, presidiare la coerenza tra obiettivi, azioni e indicatori di monitoraggio delle azioni *equity-oriented* del PRP.

Nel 2021 i servizi di supporto regionali hanno redatto il Profilo di salute ed equità del PRP 2020-25 e supportato i gruppi di programma nella redazione dei profili di salute ed equità specifici. Sono stati realizzati webinar di presentazione dei profili, individuazione delle priorità per l'equità, confronto e discussione sulle azioni *equity-oriented* individuate e da individuare. Dal 2022 e fino alla fine di vigenza del Piano, il gruppo HEA assicurerà il supporto ai gruppi di programma e ai coordinatori locali PLP attraverso momenti di approfondimento e condivisione, mettendo a disposizione le competenze documentali ed epidemiologiche laddove richieste.

Sarà realizzato ogni anno almeno un incontro di supporto/monitoraggio sulle azioni *equity-oriented* del PRP.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare la capacità degli operatori di introdurre le lenti dell'equità nelle azioni di prevenzione e promozione della salute condotte a livello regionale e di ASL			
DESCRIZIONE: Coordinare e supportare le attività regionali e locali di contrasto alle disuguaglianze di salute				
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO: Realizzare azioni di capacity-building degli operatori impegnati nella realizzazione delle azioni equity-oriented del PRP 2020-2025; avviare delle comunità di pratica dedicate che coinvolgano anche stakeholder esterni alla sanità; mantenere e aggiornare costantemente il sito disuguaglianzedisalute.it ; costruire reti con altre regioni per lo scambio di capacità e conoscenze.				
ATTORI COINVOLTI	Gruppo HEA, Epidemiologia, Dors.			
INDICATORE	Comunità di pratica su specifici temi del PRP 2020-2025			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Presenza di comunità di pratica su specifici temi del PRP 2020-2025 • Standard: Almeno una comunità di pratica operante per ogni anno di vigenza del piano • Fonte: Regione Piemonte 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	Almeno una comunità di pratica presente	Almeno una comunità di pratica presente	Almeno una comunità di pratica presente	Almeno una comunità di pratica presente
INDICATORE	Azioni intersettoriali di promozione della salute equity-oriented			
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: Presenza di azioni intersettoriali di promozione della salute equity-oriented entro il 2025 • Standard: Avvio di almeno una nuova azione intersettoriale di promozione della salute equity-oriented entro il 2025 • Fonte: Regione Piemonte 			
VALORI ATTESI ANNUALI	2022	2023	2024	2025
	--	--	--	Presenza di almeno una nuova azione intersettoriale di promozione della salute equity-oriented

TITOLO AZIONE	16.5 Sorveglianze di popolazione
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Implementazione, integrazione e miglior utilizzo dei sistemi di sorveglianza, registri
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS03 Attuare le sorveglianze di popolazione e utilizzare i risultati	
INDICATORE OS03IS01	Reportistica dei risultati delle sorveglianze
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità;altro:

DESCRIZIONE

Il DPCM 3/03/2017 ha identificato i sistemi di sorveglianza e i registri di mortalità, di tumori e di altre patologie e ha individuato le sorveglianze PASSI, Passi d'Argento, OKkio alla Salute, 0-2, HBSC quali "sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale".

Il DPCM 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" ha previsto al p.to F2 la "Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione" che comporta la "Rilevazione, analisi, comunicazione e utilizzo a fini programmatici e valutativi delle informazioni sui fattori di rischio di malattie croniche e sugli stili di vita" e la "Sorveglianza dei trend temporali e spaziali del fenomeno che si intende prevenire/contrastare e dei determinanti correlati".

In Piemonte l'attuazione delle sorveglianze di popolazione è stata mantenuta con continuità (ad eccezione di Passi d'Argento) fino al periodo pre-pandemico. Le informazioni fornite da tali sistemi sono state necessarie per delineare il profilo di salute ed equità della popolazione piemontese. Si ritiene necessario rafforzare l'organizzazione a supporto dell'attuazione e utilizzo di tali strumenti, pertanto nel 2022 sarà costituito un coordinamento regionale dei referenti delle sorveglianze di popolazione PASSI, Passi d'Argento, OKkio alla Salute, 0-2, HBSC ed eventuali altri sistemi di sorveglianza/registri considerati prioritari (es. WHIP-Salute).

Il coordinamento avrà l'obiettivo di valorizzare le informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza e favorirne l'utilizzo nella definizione di priorità di intervento e nella programmazione e valutazione a livello regionale e locale, riguardo agli stili di vita ma anche ad altri ambiti oggetto di interesse delle sorveglianze, eventualmente anche attraverso il confronto/integrazione con altri flussi informativi. Esso garantirà l'attuazione delle azioni previste a livello nazionale per le singole sorveglianze, definirà il modello organizzativo regionale per sostenerle e si occuperà del coordinamento, analisi e comunicazione dei risultati.

TITOLO AZIONE	16.6 Monitoraggio degli obiettivi del PRP 2020-2025
CATEGORIA PRINCIPALE	Azioni volte a sostenere la governance regionale del prp
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OBIETTIVO OS02 Definire, coordinare e attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP e adeguare i sistemi informativi di monitoraggio degli obiettivi PRP 2020-2025	
INDICATORE OS02IS02	Piano di monitoraggio e valutazione del PRP
INDICATORE OS02IS01	Sistemi informativi di monitoraggio
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità;altro:

DESCRIZIONE

Piano di monitoraggio e valutazione del PRP

Il monitoraggio degli obiettivi previsti dal PRP 2014-2019 è stato attuato attraverso un piano specifico affidato a un apposito gruppo di lavoro, che ha garantito il monitoraggio periodico di obiettivi, azioni e indicatori del Piano e il supporto regionale al livello locale. Tale azione viene mantenuta nel PRP 2020-2025. Il gruppo di lavoro, in collaborazione con i gruppi regionali di coordinamento dei programmi, realizzerà iniziative formative a sostegno dei programmi predefiniti e liberi rivolte agli operatori delle ASL. Sarà garantito l'aggiornamento periodico degli indicatori PNP e PRP e la loro declinazione, ove possibile, a livello locale, con un supporto all'eventuale utilizzo di altri indicatori di salute e contestuali (demografici, socio-economici), al fine di utilizzare i dati epidemiologici più aggiornati per la stesura dei documenti di programmazione e rendicontazione annuale (regionale e locale) e per la valutazione di efficacia delle azioni svolte. Nel 2022 sarà aggiornato il piano di monitoraggio secondo quanto previsto dal PRP 2020-2025. Tutti gli anni saranno aggiornati i valori degli indicatori di monitoraggio a livello regionale e locale; i risultati saranno diffusi ai Coordinatori locali di piano e ai gruppi regionali di programma al fine di permettere l'eventuale ri-modulazione delle azioni. Il gruppo garantirà anche il monitoraggio richiesto dal Ministero della Salute.

Sistema informativo ProSa

Nel PRP 2014-2019 sono state avviate alcune modifiche strutturali alla banca dati ProSa al fine di utilizzarla per il monitoraggio di processo e di risultato degli obiettivi di Guadagnare Salute Piemonte (programmi 1-4 riguardanti i setting scuola, comunità, lavoro e sanitario). È stata realizzata un'interfaccia che raccoglie tutti gli indicatori misurabili permettendo in ogni momento il monitoraggio del raggiungimento degli standard a livello regionale e di ogni singola ASL. Sono stati condotti specifici corsi per i referenti locali per permettere l'inserimento, secondo criteri di qualità concordati, di tutti gli interventi di promozione della salute svolti. Dors ha supportato i referenti locali nel caricamento delle informazioni e nella stesura della rendicontazione di ASL. Nel 2022 ProSa sarà adeguata agli indicatori previsti nel PRP 2020-2025 con particolare riferimento alle azioni di promozione della salute condotte dalle ASL. Nel 2023 sarà avviata un'analisi per permettere al sistema informativo di monitorare le azioni di promozione della salute previste dal Piano ma condotte da soggetti esterni alle ASL. Tutti gli anni sarà programmata almeno una azione regionale di formazione/supporto per l'utilizzo dei sistemi informativi messi in campo. Tali occasioni rappresenteranno anche un momento di confronto e benchmarking tra ASL che potrà innescare percorsi virtuosi di miglioramento continuo delle azioni intraprese.

MODELLO ORGANIZZATIVO PER IL COORDINAMENTO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Coordinatore regionale PRP

Come previsto dall'atto di Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6 agosto 2020, art. 1 c. 11, la Regione individua con atto formale il Coordinatore operativo del PRP. Tale figura svolge funzioni di supervisione e coordinamento generale del Piano di Prevenzione e rappresenta la Regione Piemonte al Coordinamento delle Regioni e presso il Ministero della Salute.

Coordinamento regionale della prevenzione (CORP)

Svolge le seguenti funzioni:

- supporta il Coordinatore regionale PRP e la Direzione Sanità e Welfare nel coordinamento e monitoraggio generale del PRP;
- approva la programmazione del PRP;
- viene consultato su temi e documenti di programmazione o indirizzo attinenti la prevenzione.

È così composto:

- Coordinatore regionale PRP: coordina il CORP, convoca le riunioni e ne stabilisce l'ordine del giorno;
- Dirigenti responsabili dei settori regionali: Prevenzione e Veterinaria, Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari, o funzionari da essi delegati;
- Coordinatori dei Piani locali di prevenzione;
- un referente di ciascun gruppo di coordinamento di programma PRP;
- i componenti del gruppo Governance.

Il CORP viene convocato almeno 2 volte l'anno.

Gruppi di coordinamento dei programmi PRP

Per ciascun programma del PRP vigente è individuato un gruppo regionale di coordinamento, con il compito di:

- elaborare proposte relative a programmazione, monitoraggio, valutazione dei programmi del Piano;
- effettuare il monitoraggio e la rendicontazione periodica dell'attività e dei risultati, in collaborazione con il gruppo Governance e con i referenti locali di programma;
- garantire il raccordo operativo con i referenti locali di programma (anche attraverso apposite comunità di pratica o modalità analoghe) e con i gruppi di lavoro regionali tematici attinenti il programma.

Ciascun gruppo individua un referente che coordina le attività e assicura il raccordo con gli altri organi del Coordinamento regionale della Prevenzione.

All'interno dei gruppi possono essere individuati sottogruppi di lavoro tematici attinenti alle azioni del programma, con obiettivi e scadenze definiti.

La composizione dei gruppi e di eventuali sottogruppi viene definita con provvedimenti della Direzione Sanità e Welfare o sue articolazioni.

La collaborazione si svolge nel quadro di quanto previsto dalla Legge regionale n. 16 del 29/07/2016, art. 16 (Rapporti di collaborazione tra la Regione e le ASR).

I gruppi si avvalgono a più livelli delle strutture regionali di supporto specialistico.

Gruppo Governance

Svolge nel CORP le funzioni generali di segreteria, supporto al Coordinatore PRP e coordinamento delle attività di programmazione, monitoraggio e valutazione del PRP. Per la funzione di monitoraggio PRP collabora con i gruppi di coordinamento regionali dei programmi.

È responsabile delle azioni previste dal PRP nel programma "Governance".

All'interno del gruppo deve essere individuato un referente che coordina le attività e assicura il raccordo con gli altri organi CORP.

Gruppo di progetto aziendale PLP

In ciascuna ASL è formalmente individuato il gruppo di progetto incaricato del coordinamento del Piano locale della prevenzione.

Il gruppo PLP deve includere almeno un referente (ed eventualmente un sostituto) per ogni programma del Piano e includere operatori delle strutture o funzioni dipartimentali di epidemiologia, promozione della salute, medicina dello sport, UVOS, un referente per la banca dati ProSa, nonché operatori appartenenti alle altre strutture aziendali chiamate a collaborare al PLP, quali i Dipartimenti Materno-infantile, delle Dipendenze e della Salute mentale, il coordinamento dei Distretti (anche in collaborazione con altre Aziende Sanitarie).

I referenti di programma si coordinano con il gruppo regionale di coordinamento e gli altri referenti locali del rispettivo programma (anche nell'ambito delle comunità di pratica o analoghe forme organizzative individuate). Inoltre i componenti del gruppo di progetto aziendale PLP possono essere chiamati a collaborare a livello regionale con il gruppo di coordinamento o con gruppi di lavoro tematici.

Coordinatore PLP

Il Coordinatore PLP è responsabile del gruppo di progetto aziendale PLP e garantisce il coordinamento delle attività e il monitoraggio degli obiettivi PLP.

Il Coordinatore PLP viene individuato sulla base di criteri di competenza e leadership, deve possedere esperienza nella sanità pubblica e nell'applicazione degli strumenti della prevenzione e avere una collocazione forte nell'organigramma aziendale. Pertanto, l'incarico potrà essere attribuito al Direttore del Dipartimento di Prevenzione o delegato ad altro professionista dotato delle necessarie competenze.

Nell'ambito del gruppo aziendale PLP può essere individuato un sostituto del Coordinatore.

Il Coordinatore PLP (in numero di uno per ASL) partecipa di diritto al CORP.