

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2014-2019

Risultati conseguiti nel 2017

Il documento illustra le attività svolte a livello regionale e locale nell'ambito delle azioni del Piano regionale di prevenzione, attingendo sia a sistemi informativi regionali sia, soprattutto, alle informazioni contenute nelle rendicontazioni dei Piani locali di prevenzione (PLP) delle ASL piemontesi.

Lo schema adottato è il medesimo del Piano di prevenzione ed è quindi strutturato in programmi e azioni. Per ogni programma, in apertura vengono schematizzati gli obiettivi, dal macro obiettivo del Piano nazionale fino agli obiettivi specifici regionali, e il valore osservato al 31/12/2017 degli "indicatori sentinella", monitorati per la certificazione degli adempimenti LEA.

Si è scelto di accorpare, nella descrizione dei risultati, le azioni afferenti al medesimo obiettivo specifico regionale, oppure allo stesso tema di salute, per ottenere un documento più snello e meno frammentato. Per ciascuna azione o gruppo di azioni, oltre a una sintesi dell'attività svolta, vengono riportati i valori osservati di tutti gli indicatori di processo, compresi i sentinella.

Le azioni del Piano per il 2017 sono state programmate con DD n. 268 del 18 aprile 2017, mentre i PLP sono stati redatti dalle ASL tra fine aprile e inizio maggio.

Rendicontazione PLP 2017

Tutte le ASL hanno rendicontato l'attività svolta tra fine febbraio e inizio marzo 2018, sulla base di una griglia predefinita a livello regionale.

I documenti, pubblicati sul sito web regionale e sui siti aziendali, sono stati letti e valutati dai gruppi regionali di coordinamento dei programmi, per monitorare l'andamento delle azioni del Piano e il raggiungimento dei risultati attesi. Nel mese di maggio è stato fornito a ciascuna ASL un riscontro dell'esito del monitoraggio dei PLP, con particolare attenzione ad alcuni parametri: coerenza con il cronoprogramma previsto dal PRP annuale e con altri eventuali documenti di programmazione regionali, grado di raggiungimento degli standard attesi dagli indicatori di processo, in particolare degli indicatori sentinella, eventuali criticità e buone pratiche da valorizzare, adeguatezza del dettaglio descrittivo.

Certificazione del PRP Regione Piemonte 2017

La Regione Piemonte è tenuta a rendicontare al Ministero della Salute l'avanzamento delle azioni del Piano attraverso l'invio, entro il 31 marzo di ogni anno, della documentazione relativa all'annualità precedente (come previsto dall'Accordo Stato-Regioni 25/03/2015 che approva il Documento di valutazione PNP). Le informazioni richieste riguardano il valore osservato degli indicatori sentinella e una breve descrizione delle azioni intraprese per il raggiungimento di quanto viene misurato da tali indicatori. Queste informazioni sono richiamate e approfondite nel presente documento.

La rendicontazione 2017 è stata inviata il 29 marzo 2018 utilizzando per la prima volta la piattaforma web dedicata ai Piani regionali di prevenzione, messa a punto dall'Istituto Superiore di Sanità. L'esito della valutazione effettuata dal Ministero della Salute, comunicato il 27 luglio 2018, attesta che la Regione Piemonte è risultata "certificata" per il 2017, con il dettaglio illustrato nel box.

N. indicatori sentinella valutabili (che prevedono un valore atteso nell'anno 2017)	53
di questi, hanno raggiunto il valore atteso (scostamento minore o uguale al 20%)	50 (94%)
Indicatori che non hanno raggiunto il valore atteso (scostamento superiore al 20%):	3 (6%)
<ul style="list-style-type: none"> • 4.1.1: n. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili sul totale punti • 5.3.1: n. programmi che hanno inviato la lettera di preavviso per lo screening colo-rettale • 10.1.3: n. programmi PRP sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito/previsti 	

Sommario

	<i>pag.</i>
1. Guadagnare Salute Piemonte - Scuole che promuovono salute	3
2. Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di vita	7
3. Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro	16
4. Guadagnare Salute Piemonte - Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario	20
5. Screening di popolazione	32
6. Lavoro e salute	42
7. Ambiente e salute	53
8. Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili	73
9. Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	78
10. Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano regionale di prevenzione	91

1 • Guadagnare Salute Piemonte. Scuole che promuovono salute

Quadro degli obiettivi centrali e regionali

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR 2019
MO 1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili	<p>OC 1.3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile adulta</p> <p>OC 1.7. Aumentare il consumo di frutta e verdura</p> <p>OC 1.9. Aumentare l'attività fisica delle persone</p>	<p>OSR 1.1 (OC 1.3/3.1/4.1). Consolidare, attivare e valorizzare le <i>alleanze</i> a livello centrale e territoriale utili alla programmazione congiunta e alla coprogettazione</p> <p>OSR 1.2 (OC 1.3/3.1/4.1/5.3/6.3). Progettare e strutturare <i>percorsi formativi congiunti</i> sui diversi temi di salute che sostengano le competenze di operatori sanitari, dirigenti scolastici e insegnanti per costruire una Scuola che Promuove Salute (formazione dei formatori)</p>	<p>Indicatore OSR 1.1. N. di alleanze attivate a livello centrale o territoriale</p> <p>Indicatore OSR 1.2. N. di iniziative o progetti formativi realizzati a livello regionale o locale</p> <p>Indicatore OSR 1.3. % di ASL con catalogo contenente un progetto di BP per ogni tema definito</p>	<p>Standard OSR 1.1 Almeno una alleanza a livello centrale o territoriale</p> <p>Standard OSR 1.2 Almeno due iniziative o progetti formativi regionali o locali all'anno</p> <p>Standard OSR 1.3 100% delle ASL</p>
MO 3. Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	<p>OC 3.1. Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali</p> <p>OC 3.2. Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale</p>	OSR 1.3 (OC 1.3/1.7/1.9/3.1/4.1/5.3/6.3). Inserire nel <i>catalogo</i> dell'offerta educativa e formativa almeno un progetto sul tema di: sana alimentazione, attività fisica/capacità motorie, fumo, alcol, benessere delle relazioni, media education, gambling, cultura della sicurezza, dipendenze, sicurezza stradale e/o della promozione dei comportamenti di guida responsabile, incidenti domestici		Standard OSR 1.3A Almeno una iniziativa regionale o locale all'anno
MO 4 Prevenire le dipendenze (sostanze e comportamenti)	OC 4.1. Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	OSR 1.3A (OC 3.1). Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica sul corretto <i>rapporto uomo/animale</i> anche ai fini della prevenzione del fenomeno del randagismo	Indicatore OSR 1.3A. Predisposizione e realizzazione di un piano di informazione/comunicazione rivolto alla popolazione scolastica target	Standard OSR 1.4 Almeno 4 strumenti (linee guida,..)
MO 5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	OC 5.3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	OSR 1.4 (OC 1.3/3.1/4.1). Selezionare e definire <i>priorità</i> per la programmazione annuale nelle linee guida coerenti con il protocollo d'intesa (prevenzione del gioco d'azzardo...) e i bisogni regionali/territoriali	Indicatore OSR 1.4. N. di strumenti di programmazione, con identificazione di priorità, elaborati e diffusi	Standard OSR 1.5 Almeno 1 incontro / anno
MO 6. Prevenire incidenti domestici	OC 6.3. Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver	OSR 1.5 (OC 3.2). Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	Indicatore OSR 1.5. N. incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	

Indicatori sentinella del programma

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella Numero di scuole che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/numero di scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo	Almeno 40%	≥ 40%	Il 59,7% (522/875) delle scuole a cui è stato presentato il catalogo ha adottato almeno 1 progetto di buona pratica

Azione 1.1.1	Consolidamento dell'alleanza scuola/sanità per le Scuole che promuovono Salute
Azione 1.2.1.	Consolidamento e sviluppo di una formazione congiunta

Obiettivi delle azioni: Coinvolgere tutti gli attori interessati in un percorso di alleanza. Condividere i criteri per la definizione di Scuola che promuove salute e implementare le attività attraverso una formazione congiunta.

Risultati conseguiti nell'anno

L'alleanza scuola/sanità prosegue nell'ambito del **rinnovato Protocollo d'Intesa 2017-2020**, adottato con DGR 73-6265 del 22/12/2017, cornice normativa entro la quale interagiscono le Amministrazioni firmatarie (Assessorato alla Sanità e Assessorato all'Istruzione, Lavoro Formazione professionale della Regione Piemonte - Ufficio Scolastico Regionale) per la messa a punto di interventi di promozione e di educazione alla salute che promuovano stili di vita positivi e responsabili e la costruzione di ambienti favorevoli alla partecipazione attiva e all'inclusione.

L'organo tecnico che ne deriva è il **Gruppo Tecnico Regionale paritetico** "La scuola che promuove salute" (GTR), formato da cinque rappresentanti della Regione e cinque dell'Ufficio Scolastico Regionale, individuati dalle rispettive amministrazioni: in tale ambito sono state riviste e rinnovate fino al 2020 le Linee Guida "Scuole che promuovono salute", che rappresentano un orientamento per la redazione dei Piani di lavoro, dei Piani dell'Offerta formativa delle scuole e della programmazione locale per i referenti ASL. Sono stati effettuati sei incontri (9 febbraio, 22 marzo, 11 aprile, 9 maggio, 6 giugno 3 ottobre) del GTR, le cui attività principali sono state legate al rinnovo del Protocollo d'Intesa e delle conseguenti Linee Guida.

Lo studio di fattibilità per la costituzione di una Consulta a livello regionale, condotto negli anni precedenti, ha evidenziato che non esistono ancora le condizioni per la sua attivazione, pertanto tale attività è stata momentaneamente accantonata. A livello locale in varie forme si sono realizzate azioni di **coordinamento e integrazione** con i rappresentanti delle **comunità scolastiche**, degli **enti locali**, delle **associazioni**, sia formalizzati, ad esempio in forma di protocollo o di laboratorio, sia informali con la coprogettazione dei contenuti dei Cataloghi e la loro diffusione presso i rappresentanti delle comunità locali; 11 ASL su 12 hanno realizzato almeno 2 incontri dei gruppi congiunti (CN1, CN2, NO, TO3, TO4, TO5, VC, VCO: 2 incontri; AL: 3 incontri; AT: 5 incontri; BI: 10 incontri), complessivamente 34 incontri locali.

Per quel che riguarda la **Rete europea SHE** "Scuola che Promuove Salute", gli incontri regionali di formazione congiunta sono avvenuti nelle date 17/01 - 22/03 - 25/05 - 19/10, coinvolgendo tutte le ASL piemontesi; a livello locale tutte le ASL hanno realizzato almeno due giornate; due ASL (AL e AT) hanno utilizzato la banca dati Pro.Sa per evidenziare queste attività.

Popolazione target: dirigenti scolastici, insegnanti, stakeholders, studenti, famiglie.

Attori coinvolti: Ufficio Scolastico Regionale, Uffici Scolastici Territoriali, Settore regionale Politiche dell'Istruzione, RePES ASL, DORS.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Funzionamento a regime degli accordi per una collaborazione interistituzionale	Almeno 2 incontri del GTR	-----	6 incontri (9 febbraio, 22 marzo, 11 aprile, 9 maggio, 6 giugno 3 ottobre)
Presenza di regole condivise nella collaborazione interistituzionale	Redazione linee guida 2017-2018	-----	Linee guida 2017-2020
Presenza di contatti formali con Enti e Associazioni identificate (es.: convocazione incontri)	Presenza nelle Linee guida delle modalità di condivisione della programmazione con altri soggetti della comunità scolastica <i>(standard modificato rispetto al PRP 2014-2018)</i>	Per tutte le ASL: Almeno 2 incontri dei gruppi congiunti costituiti a livello locale Per le ASL che hanno già avviato un modello di coinvolgimento: Definizione formale di una consulta locale	11 ASL su 12 hanno realizzato almeno due incontri
Calendario e verbali delle riunioni di programmazione (GTR)	Almeno 4 riunioni annue con i relativi verbali	-----	6 incontri (9 febbraio, 22 marzo, 11 aprile, 9 maggio, 6 giugno 3 ottobre)
Pubblicazioni operative sui diversi temi	Almeno 1 incontro per valorizzare le pubblicazioni già prodotte	-----	Non effettuato
N. giornate di formazione	Almeno 2 giornate annue	Per tutte le ASL: Almeno 2 giornate annue	A livello regionale: 17 gennaio, 22 marzo, 25 maggio, 19 ottobre A livello locale: tutte le ASL hanno realizzato almeno due giornate

Azione 1.3.1. Il catalogo: promozione e disseminazione di Buone Pratiche (BP)

Obiettivo dell'azione: le scuole adottano Buone Pratiche per la promozione di stili di vita sani proposte nel catalogo e messe a disposizione di tutte le scuole interessate.

Risultati conseguiti nell'anno

Il lavoro di promozione e disseminazione di buone pratiche avviene attraverso la formalizzazione in ciascuna ASL di un Catalogo la cui costruzione è coordinata dai Referenti per la promozione della salute delle ASL in collaborazione con i Servizi Territoriali che lavorano con le scuole. Il Catalogo rispecchia le scelte prioritarie contenute nelle Linee Guida definite dal Protocollo d'Intesa, è basato sulle migliori prove di efficacia disponibili e viene periodicamente revisionato sulla base di nuovi input regionali o specifiche richieste delle scuole. Nell'anno 2017 tutte le ASL lo hanno predisposto e trasmesso alle scuole del proprio territorio; inoltre i Cataloghi sono pubblicati sui siti istituzionali della Regione e dell'USR. I progetti presenti sui cataloghi devono essere inseriti sulla banca dati ProSa ai fini della rendicontazione.

La rendicontazione 2017 dei PLP dà conto di una buona diffusione dell'adozione di progetti di "buona pratica" da parte delle scuole: delle 875 scuole che hanno ricevuto il catalogo, **522 hanno adottato progetti di buona pratica (59,7%)**.

I temi considerati prioritari, previsti dalle Linee guida 2015, sono: alimentazione/attività fisica, igiene orale, sicurezza domestica e stradale, prevenzione dipendenze (alcol e fumo) promozione della salute sessuale e del benessere mentale.

Nel 2017 è stata avviata la sperimentazione dell'utilizzo della banca dati **Pro.sa come strumento di rendicontazione** degli indicatori per il setting scuola; tale sperimentazione restituisce un dato pari al 36% (221/611), parziale rispetto a quello dichiarato nei PLP delle ASL.

In generale, la maggior parte dei progetti di promozione della salute caricati su Pro.Sa dalle ASL è rivolta alla scuola: nel 2017 sono stati caricati 245 progetti (70%) riguardanti la scuola; nel 50% dei casi la scuola è stata coinvolta come partner. Sono stati **raggiunti il 55% delle istituzioni scolastiche** e almeno **50.000 studenti**. I temi sui quali è stata coinvolta la maggior parte degli studenti sono: alimentazione, dipendenze, attività fisica, sessualità.

Popolazione target: dirigenti scolastici, insegnanti, studenti, famiglie

Attori coinvolti: Ufficio Scolastico Regionale, Uffici Scolastici Territoriali, Settore regionale Politiche dell'Istruzione, RePES ASL, DORS.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Presenza del catalogo	1 catalogo in almeno l'80% delle ASL	Per tutte le ASL: Presenza del Catalogo	Tutte le ASL hanno predisposto il Catalogo
Indicatore sentinella Numero di scuole* che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica**/numero di scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo	Almeno 40%	≥ 40%	Il 59,7% (522/875) delle scuole a cui è stato presentato il catalogo ha adottato almeno 1 progetto di buona pratica

* Per "scuola" si devono intendere: Istituti Comprensivi, Direzioni Didattiche, Istituti Superiori ovvero i soggetti che rappresentano le autonomie scolastiche e fanno capo ad una dirigenza.

** Ciascuna ASL ha predefinito e motivato, sulla base dei criteri espressi dalle linee guida, quali attività del catalogo si possono ritenere "buona pratica".

Azione 1.4.1. Programmazione annuale delle azioni prioritarie in coprogettazione

Obiettivo dell'azione: Individuare le azioni prioritarie che le scuole dovranno attivare nell'anno scolastico.

Risultati conseguiti nell'anno

Le Linee guida 2015, prorogate fino 2017, proponevano un elenco di esempi di buone pratiche/pratiche promettenti riguardanti alcuni temi considerati prioritari riguardo l'igiene orale (Identi-kit), alimentazione e attività fisica (12 diversi progetti), sicurezza domestica (Affy fiutapericoli), sicurezza stradale (TI M.U.O.V.I.), fumo, alcol, dipendenze (Unplugged), salute sessuale/benessere mentale (cinque diversi progetti).

Con l'eccezione di un'ASL che non fornisce il dato, tutte le ASL del Piemonte dichiarano l'attivazione di **azioni su temi prioritari** nelle classi target delle scuole del proprio territorio con una percentuale che varia dal 54% dell'ASL TO5 al 100% delle ASL TO3, VC, VCO. I dati presenti nei PLP non collimano con quanto rilevato dalla banca dati Pro.sa (32,4%, che corrisponde a 198 progetti su 611) per le motivazioni riferite al punto precedente.

Popolazione target: dirigenti scolastici, insegnanti, studenti, famiglie.

Attori coinvolti: Ufficio Scolastico Regionale, Uffici Scolastici Territoriali, RePES ASL.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Presenza delle linee guida con indicazione di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano	Sì/No	-----	Linee guida presenti. Temi prioritari: Alimentazione/attività fisica, igiene orale, sicurezza domestica e stradale, prevenzione dipendenze (alcol e fumo) promozione della salute sessuale e del benessere mentale
Scuole che hanno attivato azioni su temi prioritari nelle classi target/classi target delle scuole partecipanti	Almeno il 60%	Almeno il 60% delle scuole attiva azioni sui temi prioritari coprogettati	32,4% (198/611) Fonte: banca dati Prosa

2 • Guadagnare Salute Piemonte. Comunità e ambienti di vita

Quadro degli obiettivi centrali e regionali

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR 2019
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili	OC 1.2 Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita) OC 1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta OC 1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	OSR 2.1 (OC 1.2, 1.3, 1.9, 6.1 6.2) Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – agli operatori e ai decisori per orientare le azioni e le politiche	Indicatore OSR 2.1 N. di azioni o di politiche che tengono conto delle raccomandazioni	Standard OSR 2.1 Almeno 1 azione o 1 politica a livello regionale o locale
	OC 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio OC 1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale OC 1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	OSR 2.2 (OC 1.2, 1.3, 1.7, 1.8, 6.1) Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte	Indicatore OSR 2.2 N. di strumenti di comunicazione elaborati e diffusi	Standard OSR 2.2 Almeno 4 strumenti
		OSR 2.3 (OC 1.8) Aumentare la disponibilità di alimenti a ridotto contenuto di sale e l'informazione al consumatore (Progetto regionale "Con meno sale la salute sale")	Indicatore OSR 2.3 Attuazione del progetto	Standard OSR 2.3 Realizzazione del progetto in tutte le ASL
MO 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	OC 3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	OSR 2.4 (OC 1.6, 3.1, 4.1, 5.3) Sviluppare iniziative e progetti di empowerment	Indicatore OSR 2.4 N. di iniziative o progetti realizzati a livello regionale o locale	Standard OSR 2.4 Almeno 8 iniziative o progetti regionali o locali
MO 4 Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	OC 4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui			
MO 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	OC 5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida			
MO 6 Prevenire gli incidenti domestici	OC 6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero OC 6.2 Aumentare il livello di attività fisica negli ultra 64enni	OSR 2.5 (OC 1.9, 6.2) Incoraggiare la pratica dell'attività fisica nella popolazione adulta e anziana	Indicatore OSR 2.5. N. di walking programs che valutano l'aumento dei livelli di attività fisica	Standard OSR 2.5. Almeno 1 walking program nel 40% delle ASL
MO 10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria [...]	OC 10.8 Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione ed i relativi controlli sui canili e rifugi	OSR 2.6 (OC 10.8) Prevenire il randagismo, attraverso strategie d'informazione e comunicazione per la popolazione e attività di controllo su canili e rifugi	Indicatore OSR 2.6. Proporzione controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Standard OSR 2.6. 100% di almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile pubblico o privato

Indicatori sentinella del programma

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
2.2.1 Guida per la lettura ragionata dell'etichetta	Guida elaborata	-----	Guida elaborata dall'ASL TO3
2.2.2 N. percorsi informativi attivati	Attivazione di almeno 1 percorso informativo in tutte le ASL	Documentazione di almeno 1 percorso informativo avviato	In tutte le ASL è stato attivato almeno un percorso informativo
2.3.1 Attività di implementazione/monitoraggio	Almeno un'azione per ASL	Per tutte le ASL: documentazione di almeno un'attività di implementazione/monitoraggio	Tutte le ASL hanno svolto almeno una azione
2.4.1 Formalizzazione Rete	Mantenimento e sviluppo della rete	-----	Rete formalizzata
2.4.1 N. di ASL che attivano progetti nel contesto del divertimento	Almeno 4 ASL attivano progetti multicomponente	Per le ASL coinvolte (Città di Torino, TO3, TO4, VCO e CN1): mantenimento di almeno un progetto multicomponente nel proprio territorio. Per le altre ASL: coinvolgimento dei referenti locali per l'avvio di azioni specifiche territoriali o di collaborazioni con i progetti attivi e documentazione delle eventuali attività	5 ASL hanno attivato progetti (Città di Torino, TO3, TO4, CN1, VCO) 3 ASL (AL, CN2, TO5) hanno avviato azioni specifiche o collaborazioni con i progetti attivi negli altri territori

Azione 2.1.1. Linee guida per l'adozione della "Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica"**Azione 2.5.1. Walking programs**

Obiettivi dell'azione: Favorire l'adozione della Carta di Toronto attraverso l'elaborazione di Linee guida regionali, ricercando e studiando la trasferibilità delle esperienze locali e nazionali. Sostenere la pratica dell'attività fisica e contribuire al raggiungimento dei livelli raccomandati per fascia di età.

Risultati conseguiti nell'anno

Per offrire ai decisori, in particolare ai Comuni, uno strumento agile che descriva le strategie per aderire alla Carta di Toronto e ai successivi documenti d'indirizzo per la promozione dell'attività fisica, sono state redatte le Linee guida **Quando i Comuni promuovono l'attività fisica**. Le attività di ricerca e scrittura sono state realizzate da un gruppo di lavoro regionale formato da rappresentanti della Rete Attività fisica Piemonte (RAP) e dal gruppo Guadagnare Salute Piemonte (GSP) Comunità e ambienti di vita.

Inoltre è stata tradotta a cura di Dors la **Dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile**, sottoscritta dai rappresentanti di 72 paesi durante il VI congresso su attività fisica e salute pubblica ISPAH 2016. La Dichiarazione di Bangkok completa i principi e le azioni della Carta di Toronto.

La Rete Attività fisica Piemonte (RAP) ha raccolto documenti e materiali su quanto già realizzato, in ambito regionale, extraregionale e internazionale, e ha elaborato un Repertorio per la valutazione, dal quale ogni ASL può individuare gli strumenti più idonei per raccogliere dati, monitorare l'andamento e verificare la rispondenza a criteri di buona pratica dell'attività relativa ai *walking programs*.

Complessivamente tutte le ASL hanno effettuato incontri ad hoc per l'attivazione/implementazione dei gruppi di cammino. Nella quasi totalità delle ASL è attivo almeno un gruppo di cammino, ma solo tre ASL hanno avviato una valutazione degli stessi e solo 7 ASL hanno registrato sulla banca dati ProSa i gruppi di cammino. Considerando un gruppo di cammino per ciascuna ASL, il 25% dei gruppi risulta valutato, tuttavia è necessario definire le modalità per una registrazione su ProSa, per poter quantificare correttamente i gruppi attivi.

Popolazione target: Decisori tecnici e politici, popolazione generale, gruppi di popolazione "fragile" (destinatari finali).

Attori coinvolti: Rete Attività fisica Piemonte (RAP), Dors, RePES ASL, Servizi di Medicina dello Sport.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
N. riunioni gruppo di lavoro	Almeno 1	-----	3 incontri (20/1, 7/6 e 16/6)
Linee guida per l'adozione della Carta di Toronto	Diffusione	Diffusione con una pubblicazione su siti o canali istituzionali	Linee guida elaborate, non ancora diffuse
N. di progetti di walking programs realizzati localmente dalle ASL che sperimentano il Piano di valutazione	Almeno il 20% dei progetti di walking programs in ciascuna ASL sperimenta il Piano di Valutazione	Almeno il 20% dei progetti di walking programs sperimentano il Piano di Valutazione N. gruppi di cammino valutati/n. gruppi di cammino totali	Almeno in 3 ASL su 12 è descritto l'utilizzo di un piano di valutazione
N. di gruppi di cammino attivati	Mantenimento dell'attività	Mantenimento dei gruppi di cammino avviati	In tutte le ASL è stato mantenuto almeno un gruppo di cammino

Azione 2.1.2. Primi 1000 giorni: quali azioni, quali politiche

Obiettivi dell'azione: Sviluppare la strategia *lifecourse* degli interventi precoci di prevenzione e promozione della salute nei "primi mille giorni".

Risultati conseguiti nell'anno

Il gruppo di lavoro regionale "Genitori Più e interventi precoci", costituito per sviluppare l'Azione a livello regionale e coordinare le azioni locali, rispondeva alla necessità di attuare un'ottica di sviluppo di comunità puntando a far convergere, sulla tematica degli interventi precoci, esperti provenienti da settori differenti della società (istruzione, politiche sociali, sanità, terzo settore) con un unico coordinamento. L'intento iniziale si è tuttavia scontrato nella realtà con una forte discontinuità nella partecipazione.

L'ASL TO3 ha predisposto una bozza di "**profilo di salute per i primi 1000 giorni**", composta da indicatori sanitari, sociali e di contesto, individuati attraverso una sperimentazione in un Distretto (Val Susa e Val Sangone) con un lavoro partecipativo e condiviso con gli attori del territorio. La bozza non è ancora stata approvata dal gruppo di lavoro, né condivisa con le altre ASL, mentre l'ASL Città di Torino non ha potuto realizzare la sperimentazione, pertanto al momento non dispone di un profilo.

Si è rivelato non fattibile l'inserimento di un nuovo corso di formazione per operatori degli asili nido e pertanto si è optato per la messa a disposizione sul sito DoRS di due pubblicazioni relative all'importanza degli interventi precoci: [Prima infanzia e sviluppo in salute](#). 2) [Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute](#), entrambe del 2016.

Il Report conclusivo dello studio di "trasferibilità" di progetti di sviluppo di comunità è stato discusso nel gruppo di lavoro regionale "Genitori Più e interventi precoci".

Popolazione target: Operatori, decisori, genitori.

Attori coinvolti: Gruppo regionale Genitori Più, operatori ASL.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Redazione di un profilo di salute "primi 1000 giorni"	Presentazione e diffusione dei modelli sperimentali del profilo 1000 giorni nelle ASL	-----	Avviato la stesura di un documento per il profilo 1000 giorni nel territorio ASL TO3
Numero di strumenti informativi prodotti	Almeno uno strumento prodotto	-----	Messi a disposizione due strumenti sul sito DoRS
Valorizzazione e diffusione degli strumenti prodotti	Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito ed una newsletter regionale	-----	Nessun nuovo strumento
Formazione per educatori di asili nido	Messa a disposizione nei percorsi di formazione degli operatori degli Asili Nido di materiale specifico sugli interventi precoci	-----	Non attuato
Studio di "trasferibilità" di progetti di sviluppo di comunità	Report finale e documento di trasferibilità	-----	Report disponibile al gruppo Genitori Più

Azione 2.1.3. **Ambienti sicuri**
 Azione 2.2.2. **Incidenti domestici: quali informazioni**

Obiettivi delle azioni: creare una rete di tecnici sensibili ai problemi della prevenzione che, operando nelle case (ristrutturazioni e manutenzioni) e nei luoghi del tempo libero (parchi gioco e palestre) sfruttino l'occasione per informare gli utenti sul corretto utilizzo degli impianti e delle attrezzature. Attivare percorsi informativi presso le strutture che accolgono gli anziani nel tempo libero o presso le strutture residenziali, per aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione.

Risultati conseguiti nell'anno

Si è verificata l'impossibilità di stipulare convenzioni/accordi con le Associazioni degli artigiani e degli impiantisti, affinché i nuovi impianti e i lavori di manutenzione siano accompagnati da informazioni agli utenti sul corretto utilizzo e sui rischi possibili.

Vi è stata una manifestazione di interesse per una formazione congiunta dei tecnici della sanità, i tecnici impiantisti e i tecnici comunali, ma non è ancora stato possibile attuarla.

In tutte le ASL sono stati attivati percorsi informativi, in collaborazione con i centri per anziani e i sindacati di categoria (8 ASL hanno caricato su ProSa gli interventi effettuati). Le attività si svolgono principalmente nelle strutture che accolgono gli anziani nel tempo libero e in quelle residenziali. In un caso l'attività è inserita nel contesto di un progetto europeo che prevede periodiche visite a domicilio per tutte le persone ultra-sessantacinquenni da parte degli infermieri di Comunità.

Popolazione target: Associazioni di categoria artigiane. Sindacati, centri ricreativi, strutture residenziali e relativi operatori (destinatari intermedi); popolazione anziana (destinatario finale).

Attori coinvolti: Gruppo di lavoro regionale "Incidenti domestici", operatori coinvolti nel progetto.

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
N. incontri con i responsabili delle associazioni/uffici tecnici per definire collaborazioni e attività	Firma convenzioni/Accordi: Un accordo/convenzione siglato. Programmazione incontri per la formazione	-----	Presenza di contatti formali
Indicatore sentinella: N. percorsi informativi attivati	Attivazione di almeno 1 percorso informativo in tutte le ASL	Documentazione di almeno 1 percorso informativo avviato	In tutte le ASL è stato attivato almeno un percorso informativo

Azione 2.2.1. Come leggere l'etichetta dei prodotti confezionati per bambini: una guida all'uso

Obiettivi dell'azione: Favorire una lettura consapevole delle etichette.

Risultati conseguiti nell'anno

Sono state caricate nella banca dati "Okkio all'etichetta" buona parte delle etichette nutrizionali degli snack raccolte nel corso dell'indagine 2016 di OKkio alla Salute, con il coordinamento dell'ASL TO3 e il contributo delle ASL AL, CN1, TO4 e TO5.

Sono stati prodotti anche aggiornamenti al software, per consentire una diversa accessibilità e consultabilità delle informazioni. Attualmente è possibile per gli operatori consultare, oltre alle informazioni circa i valori nutrizionali dei quasi 4000 prodotti caricati, alcune immagini relative al prodotto e l'attribuzione di un giudizio a colori (sulla base dell'etichettatura a semaforo utilizzata dalla Food Standard Agency).

La banca dati è stata presentata con un poster in occasione del convegno per i dieci anni di OKkio alla Salute (Roma, 4 maggio 2017) ed è stata selezionata e presentata come pratica interessante in occasione di un convegno europeo sull'obesità infantile (ECOG 17 novembre 2017).

È stata elaborata dall'ASL TO3 una [guida per la lettura ragionata delle etichette](#) in due versioni, rivolte a genitori, nonni, insegnanti rispettivamente della scuola primaria e dell'infanzia, utilizzata nell'ambito dell'ASL e che dovrà essere validata e successivamente diffusa a tutte le ASL del Piemonte.

Popolazione target: target intermedio: operatori sanitari delle ASL che si occupano di promozione della salute in ambito alimentare; target finale: scuole (insegnanti e studenti), genitori e popolazione generale.

Attori coinvolti: SIAN delle ASL piemontesi.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Guida per la lettura ragionata dell'etichetta	Guida elaborata	-----	Guida elaborata dall'ASL TO3

Azione 2.3.1. Con meno sale la salute sale

Obiettivi dell'azione: Aumentare la disponibilità di alimenti a ridotto contenuto di sale e l'informazione al consumatore.

Risultati conseguiti nell'anno

Nel 2017 tutte le ASL hanno condotto iniziative di implementazione e monitoraggio del progetto: organizzazione di incontri informativi/formativi rivolti ai panificatori e/o alla popolazione generale, azioni di sensibilizzazione indirizzate a medici di medicina generale, monitoraggio del contenuto di sale in campioni di pane prodotto dai panificatori aderenti; il caricamento delle iniziative su Prosa è stato fatto da 3 ASL.

Sono stati utilizzati i materiali regionali prodotti per la campagna informativa, pubblicati sul sito regionale e sui siti di molte ASL. L'esperienza piemontese del progetto è stata presentata il 20 novembre 2017 in occasione del Convegno nazionale della Società Italiana di nutrizione umana (SINU). In regione Piemonte sono circa 400 i panificatori che hanno aderito all'iniziativa. Un elenco dei panificatori aderenti suddivisi per provincia è pubblicato sul sito web regionale. Un monitoraggio dell'iniziativa mediante valutazione del contenuto di sale in 32 campioni di pane di tipologie differenti ha fornito utili informazioni sulla necessità di standardizzare meglio le procedure di dosaggio del contenuto di sale da parte degli operatori alimentari.

Popolazione target: Associazioni di categoria, panificatori ed operatori alimentari, popolazione generale.

Attori coinvolti: SIAN delle ASL piemontesi.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Attività di implementazione/ monitoraggio	Almeno un'azione per ASL	Per tutte le ASL: documentazione di almeno un'attività di implementazione/monitoraggio	Tutte le ASL hanno svolto almeno una azione

Azione 2.4.1. Prevenzione del consumo dannoso di alcolici nel contesto del divertimento e Promozione della guida responsabile: Rete Regionale e progetti multi-componente

Obiettivi dell'azione: Sviluppare una rete regionale che coordini e indirizzi programmi di empowerment di comunità locale per contrastare il consumo di alcol a rischio nei contesti del divertimento e i comportamenti di guida in stato di ebbrezza alcolica. Pianificare e realizzare progetti multicomponente.

Risultati conseguiti nell'anno

Le ASL Città di Torino, TO3, TO4, CN1, VCO hanno attivato progetti multicomponente, che prevedono la formazione-sensibilizzazione dei gestori del divertimento giovanile notturno e il counselling individuale svolto da parte degli operatori delle postazioni mobili con l'ausilio di etilometri, simulatori di guida, occhiali alcolemici, materiali informativi ecc. In altre 3 ASL (AL, CN2, TO5) i referenti locali hanno avviato azioni specifiche o collaborazioni con i progetti attivi negli altri territori.

La continuità con progetti preesistenti ha consentito di valorizzare le esperienze pregresse, le alleanze e le partnership già avviate e nel contempo di favorire l'adesione ai criteri di buone pratiche.

Il gruppo di lavoro regionale (Rete regionale) formalizzato potrà fornire nei prossimi anni anche elementi qualitativi (contatti con i gestori dei locali, sensibilità dimostrata, iniziative collaterali, ...) oltre che quantitativi (attività svolta, uscite, soggetti controllati).

È stato realizzato il corso regionale sull'**identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso** di alcol ed interventi specifici brevi, finalizzato alla formazione di formatori locali con competenze specifiche da divulgare a cascata nelle rispettive ASL ai professionisti quotidianamente coinvolti nei percorsi clinico-assistenziali.

Popolazione target: gestori dei locali, prefetture, associazionismo, altri operatori, popolazione generale.

Attori coinvolti: SERT, Cooperative, Enti Locali, epidemiologia (per valutazione).

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Formalizzazione Rete	Mantenimento e sviluppo della rete	----	Rete formalizzata
N. riunioni annuali della Rete	Riunioni bimestrali	----	Riunioni mensili
Indicatore sentinella: N. di ASL che attivano progetti nel contesto del divertimento	Almeno 4 ASL attivano progetti multicomponente	Per le ASL coinvolte Città di Torino, TO3, TO4, VCO e CN1: mantenimento di almeno un progetto multicomponente nel proprio territorio. Per le altre ASL: coinvolgimento dei referenti locali per l'avvio di azioni specifiche territoriali o di collaborazioni con i progetti attivi e documentazione delle eventuali attività	5 ASL hanno attivato progetti (Città di Torino, TO3, TO4, CN1, VCO) 3 ASL (AL, CN2, TO5) hanno avviato azioni specifiche o collaborazioni con i progetti attivi negli altri territori

Azione 2.4.2. Save the date

Obiettivi dell'azione: Promuovere azioni di sensibilizzazione coordinate nelle giornate tematiche sancite dall'OMS, sia sviluppandole centralmente che in collaborazione ed a supporto delle iniziative locali.

Risultati conseguiti nell'anno

Nel 2017 le ASL hanno censito le giornate locali, mentre a livello regionale è allo studio un elenco delle principali giornate tematiche e la modalità per dare loro rilievo.

In occasione della Giornata per la promozione dell'attività fisica, 6 aprile 2017, Dors ha pubblicato l'articolo "[Le persone attive sono felici](#)".

A livello locale sono state realizzate in ogni ASL molteplici iniziative, in particolare in occasione della giornata mondiale contro il tabacco, della giornata mondiale per l'attività fisica, della settimana mondiale per la riduzione del consumo di sale, della settimana mondiale per l'allattamento materno e della giornata per l'eliminazione della violenza di genere. 5 ASL hanno caricato nella banca dati ProSa le iniziative svolte.

Popolazione target: Popolazione generale.

Attori coinvolti: DORS, referenti programma Comunità.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Azioni di sensibilizzazione (eventi e/o materiali su siti istituzionali)	Almeno 1 evento sul territorio regionale Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento	Documentazione degli eventi locali	Più di un evento in ciascuna ASL

Azione 2.6.1. Rapporto uomo-animale: strategie d'informazione e attività di controllo

Obiettivi dell'azione: Educare, informare e sensibilizzare la popolazione sulle tematiche relative al fenomeno del randagismo, al corretto rapporto uomo/animale e alle zoonosi. Armonizzare a livello regionale l'utilizzo dell'anagrafe canina per migliorarne le performance. Attuare attività di controllo straordinario su tutte le strutture che accolgono cani senza proprietario (canili e rifugi).

Risultati conseguiti nell'anno

Il dato relativo alla proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati (indicatore centrale 10.08.02) si assesta per il 2017 al 57,8% a livello regionale, con divergenze sensibili a livello locale. L'analisi dei dati storici sull'indicatore in esame nel periodo 2006-2017 palesa l'efficacia delle strategie messe in atto per il controllo del fenomeno nel lungo periodo. L'obiettivo raggiunto del consolidamento del risultato 2016 (57,67%) conferma una lenta ma progressiva crescita.

Sono stati effettuati tutti i controlli previsti sui canili/rifugi presenti sul territorio, ovvero 4668 interventi ripartiti fra le ASL che hanno dato luogo a 350 sanzioni; la vigilanza ha coinvolto sia le amministrazioni comunali, tramite l'attività disposta dalla Polizia municipale, sia i Servizi veterinari delle ASL.

Non è stato predisposto il piano di informazione e comunicazione, in quanto nel 2017 si sono resi disponibili per i comuni capoluogo i fondi previsti dalla legge quadro 281/1991 per progetti in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo, che prevedono iniziative di informazione, formazione e vigilanza sanitaria. A livello locale sono state svolte azioni per la popolazione target promosse dai Comuni; in particolare, sono stati finanziati dalla Regione Piemonte i progetti presentati da Torino, Verbania, Asti, Alessandria per realizzazione di campagne informative, promozione dell'adozione, sterilizzazione di colonie feline, formazione della polizia locale, patentino per i proprietari di cani.

Popolazione target: Proprietari di animali da affezione, veterinari LL.PP., gestori di strutture di ricovero per animali da affezione, scuole.

Attori coinvolti: Settore Prevenzione e Veterinaria della Regione, Servizi Veterinari delle ASL, SSD Informatica Area di Prevenzione dell'ASL CN1, Ordini provinciali dei Medici Veterinari.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Predisposizione e realizzazione di un piano di informazione/comunicazione rivolto alle popolazioni target	Almeno il 30% di attuazione del piano di informazione	-----	Da avviare
Proporzione cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	Raggiungimento del 54%	Consolidamento dei risultati 2016	57,8%
Proporzione controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	100% dei controlli previsti dal programma	100% dei controlli previsti dal programma	In tutte le ASL sono stati attuati al 100% i controlli programmati

3 • Guadagnare Salute Piemonte Comunità e ambienti di lavoro

Quadro degli obiettivi centrali e regionali

Macro obiettivo	MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili		
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR 2019
OC 1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	OSR 3.1 (OC 1.3/5/6/7/8/9) Sviluppare nel SSR conoscenze e competenze per la promozione di stili vita salutarì negli ambienti di lavoro	Indicatore OSR 3.1. N. di ASL che utilizzano e/o diffondono i materiali e/o gli strumenti regionali prodotti	Standard OSR 3.1 Almeno il 40% delle ASL
OC 1.5 Estendere la tutela del fumo passivo OC 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio OC 1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	OSR 3.2 (OC 1.3/5/6/7/8/9) Favorire l'adozione di comportamenti salutarì nella popolazione adulta che lavora	Indicatore OSR 3.2. N. di progetti WHP multi-componente e multi-fattoriale attivati a livello locale	Standard OSR 3.2 Attivazione di almeno 1 progetto nel 100% dei territori locali
OC 1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale OC 1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	OSR 3.3. (OC 1.3) Studiare la fattibilità della creazione della Rete WHP Piemonte	Indicatore OSR 3.3. Report dei risultati dello studio di fattibilità	Standard OSR 3.3 Sì/NO

Indicatori sentinella del programma

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
3.2.1. Progetti realizzati localmente dalle ASL	Attivazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 40% dei territori locali	Per tutte le ASL: documentazione dell'avvio/attuazione di 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale	In 8 ASL su 12 (67%) sono stati rendicontati (PLP) progetti multicomponente e multifattoriali
3.3.1. Esiti studio di fattibilità	Report elaborato	-----	Report elaborato
3.3.1. Avvio della Rete	Contatti con stakeholders	-----	2 contatti

Azione 3.1.1	Dalle prove di efficacia alle buone pratiche (conclusa)
Azione 3.1.2	Strumenti per l'informazione, la progettazione e la valutazione di progetti di WHP
Azione 3.1.3	Corso FAD WHP per operatori sanitari

Obiettivi delle azioni: Effettuare un approfondimento dei dati di contesto per settore lavorativo e una ricerca e analisi di prove di efficacia, esperienze promettenti, buone pratiche, metodi e strumenti per la promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro a livello locale, nazionale e internazionale. Elaborare e diffondere materiali e strumenti per il trasferimento delle conoscenze per la promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro e per facilitare l'elaborazione e la valutazione di interventi e progetti di WHP. Progettare e realizzare un percorso di formazione a distanza, accreditato ECM, sulla WHP destinato agli operatori dei servizi sanitari.

Risultati conseguiti nell'anno

L'Azione 3.1.1 si è conclusa nel 2016 con la produzione del report *Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti*, elaborato come guida all'implementazione di progetti che facilitino l'adozione di stili di vita salutari da parte dei lavoratori.

Nel 2017 sono state recuperate alcune azioni del 2016, in particolare sono stati realizzati da Dors, su mandato della comunità di pratica, i seguenti documenti:

- ***I progetti WHP piemontesi in Pro.Sa:*** ricomprende i progetti WHP realizzati, in corso e/o avviati al 2016 e caricati in Pro.Sa. Tale documento è il risultato di una ricognizione dei progetti WHP presenti nella banca dati Pro.Sa on line (Banca dati on line nazionale di progetti e interventi di prevenzione e promozione della salute) ed è stato messo disposizione dei referenti del Programma 3 delle ASL sia per facilitare il monitoraggio dei progetti aziendali caricati in banca dati sia come supporto per lo sviluppo di futuri progetti WHP;
- report ***Esempi di Reti di Workplace Health Promotion (WHP)***: vengono descritte sinteticamente le principali reti WHP esistenti a livello nazionale e internazionale individuate attraverso una ricerca documentale.

Tre ASL (AT, CN2, NO) hanno contribuito alla loro diffusione pubblicandoli sui siti istituzionali.

È stato coinvolto nella comunità di pratica anche il presidente di APAMIL (Associazione Piemontese e Aostana di Medicina e Igiene del Lavoro Sezione interregionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale), con lo scopo principale di includere il punto di vista del medico competente, sia pubblico che privato. Il sottogruppo regionale dedicato alla messa a punto del corso FAD WHP ha raccolto la documentazione utile allo sviluppo del corso e prodotto i materiali dei tre moduli, predisponendo una prima bozza di proposta di corso. Non è stato avviato il corso in quanto deve essere condiviso e discusso sulla comunità di pratica di MEDMOOD e quindi predisposte le lezioni per la fruizione in e learning.

Popolazione target: Operatori SSR, associazioni di categoria, aziende pubbliche e private

Attori coinvolti/ruolo: comunità di pratica programma 3 (Gruppo di lavoro regionale GSP e tematico).

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
N. strumenti prodotti	Almeno 2 strumenti	-----	<i>I progetti WHP piemontesi in Pro.Sa al 2016</i> <i>Esempi di Reti di Workplace Health Promotion (WHP)</i>
N. di strumenti diffusi attraverso i canali istituzionali/strumenti prodotti (www.regione.piemonte.it, www.dors.it, siti ASL,...)	50% degli strumenti prodotti (diffusione anche dei materiali prodotti nel 2016, attività da recuperare)	-----	Pubblicati su sito Dors i materiali prodotti (anche nel 2016). Pubblicati anche sui siti aziendali delle ASL AT, ASL CN2, ASL NO
Elaborazione moduli Corso FAD WHP	Elaborazione modulo "Quali strumenti per informare e progettare in WHP" e dei primi due moduli (attività 2016 da recuperare)	-----	Elaborati i tre moduli
N. ASL in cui si è erogato il corso FAD WHP/totale ASL	Avvio dell'erogazione del corso FAD WHP in almeno il 20% delle ASL	Per tutte le ASL: adesione al corso regionale WHP proposto	Corso FAD WHP non avviato in quanto non ancora condiviso e discusso sulla comunità di pratica

Azione 3.2.1 Progetti WHP

Obiettivi dell'azione: realizzare, localmente, nei luoghi di lavoro progetti multi-componente e multi-fattoriale per la promozione di stili vita salutari, partendo dalle esperienze consolidate realizzate da aziende pubbliche e/o private che vedono le ASL capofila o partner dei progetti.

Risultati conseguiti nell'anno

In tutte le ASL piemontesi è documentato l'avvio della progettazione o l'attuazione di **interventi di promozione della salute rivolti ai lavoratori**. In otto ASL (AT, BI, CN1, CN2, NO, TO3, VC, VCO) sono stati presi in considerazione più fattori di rischio e attuate diverse azioni (es. questionari per analisi dei bisogni, corsi, gruppi di cammino, materiali informativi). Inoltre tre ASL hanno svolto contestualmente interventi anche rivolti alla comunità (CN 1, CN2 e VC).

Nove progetti sono stati rendicontati attraverso la banca dati Pro.sa, ma alcuni non sono stati resi pubblici.

In 9 ASL il progetto è stato rivolto ai propri dipendenti (AL, AT, Città di Torino, CN1, CN2, TO3, TO4, TO5, VC) e 7 ASL hanno sviluppato interventi per aziende esterne (AL, BI, CN1, CN2, NO, TO5, VCO). Alcune ASL hanno avviato più progetti WHP (AL, CN1, CN2, NO, TO5).

Di seguito vengono riassunti i temi di salute affrontati:

Tema di salute prevalente	N. progetti
Fumo	8
Alcool	1
Alimentazione	4
Salute mentale/benessere psicofisico/gestione stress	5
Attività Fisica (AF)	6
Salute e sicurezza sul lavoro	1
Alimentazione/AF	2
Due o più temi	10

Inoltre sono state avviate due sperimentazioni per l'avvio di una rete con le aziende del territorio:

- ASL CN 2: "Talenti Latenti": progetto di sperimentazione di un nuovo modello di welfare di comunità, di cui l'ASL è l'ente capofila, che coinvolge più soggetti territoriali (servizi Sociali, Consorzio socio assistenziale, associazioni di volontariato) e alcune imprese private e pubbliche per dar vita ad una "rete" che raggiunge una platea di circa 4000 lavoratori, sui quali indirizzare interventi di promozione della salute;
- ASL NO (SPRESAL): progetto finalizzato a creare una rete di luoghi di lavoro che promuovono salute sul territorio novarese facendo riferimento al modello operativo messo a punto dalla ATS di Bergamo.

Popolazione target

Target intermedio: enti e associazioni di categoria che operano nel mondo del lavoro, operatori sanitari.

Target finale: datori di lavoro, dirigenti preposti e lavoratori di aziende pubbliche e private.

Attori coinvolti/ruolo

Livello regionale: Comunità di Pratica Programma 3.

Livello locale: Referenti del programma (3), SPRESAL e strutture Promozione della salute delle ASL, enti e associazioni di categoria che operano nel mondo del lavoro.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella Progetti realizzati localmente dalle ASL	Attivazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 40% dei territori locali	Per tutte le ASL: documentazione dell'avvio/attuazione di 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale	In 8 ASL su 12 (67%) sono stati rendicontati (PLP) progetti multicomponente e multifattoriali

Azione 3.3.1 Studio di fattibilità Rete WHP Piemonte

Obiettivi dell'azione: effettuare uno studio di fattibilità per la creazione di una Rete WHP piemontese in sinergia con altri soggetti o gruppi regionali opportunamente individuati sulla base delle competenze specifiche. Se lo studio di fattibilità avrà un esito positivo, nel 2018, si avvierà la costruzione della Rete WHP Piemonte.

Risultati conseguiti nell'anno

In data 6/07 si è tenuto un incontro presso l'Assessorato Sanità della Regione Piemonte con alcuni stakeholders per verificare la fattibilità di una rete WHP piemontese. Sono stati affrontati i seguenti argomenti:

- esperienza della rete WHP lombarda: punti di forza, criticità ed evoluzione;
- esperienze di progetti WHP in Piemonte (ASL TO 4);
- esperienze e punto di vista del medico competente (APAMIL);
- esperienze e punto di vista degli SPRESAL (referenti programma 6 Piano Regionale Prevenzione).

Inoltre in data 1/12 si è tenuto un incontro con i coordinatori regionali dei programmi 1, 3 e 6 per verificare la possibilità di interventi comuni.

Dors ha elaborato il report *Esempi di Reti di Workplace Health Promotion (WHP)*, che sarà implementato anche con il contributo delle ASL al fine di evidenziare le esperienze e buone prassi a livello locale.

In due ASL (CN1 e NO) è stata avviata la sperimentazione di una rete con le aziende del territorio (v. azione 3.2.1).

Popolazione target: Aziende pubbliche e private (destinatari finali della Rete).

Attori coinvolti/ruolo: Comunità di Pratica Programma 3, Coordinatori programma 6, enti e associazioni di categoria che operano nel mondo del lavoro.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Definizione del gruppo di lavoro e delle attività di ricerca e analisi	Almeno 3 riunioni	-----	4 incontri della comunità di pratica regionale in data 20/01, 8/03, 6/07, 4/12. Attività sull'area dedicata al programma 3 sulla piattaforma
Indicatore sentinella Esiti studio di fattibilità	Report elaborato	-----	Report elaborato
Indicatore sentinella Avvio della Rete	Contatti con stakeholders	-----	2 contatti

4 • Guadagnare Salute Piemonte.

Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario

Quadro degli obiettivi centrali e regionali

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR 2019
MO 1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili	OC 1.3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol) nella popolazione giovanile e adulta OC 1.4. Ridurre il numero dei fumatori OC 1.5. Estendere la tutela del fumo passivo OC 1.6. Ridurre il consumo di alcol a rischio OC 1.10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT OC 1.11. Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	OSR 4.1. Incrementare conoscenze, abilità e motivazione degli operatori sanitari nella promozione di comportamenti sani nella popolazione generale, nelle neomamme e nei soggetti a rischio attraverso specifiche metodologie (counselling breve, tecniche di identificazione precoce, dialogo aperto, MET ecc.). OSR 4.2. Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici.	Indicatore OSR 4.1 % operatori sanitari dei servizi coinvolti formati alle metodologie individuate Indicatore OSR 4.2. N. percorsi preventivi e/o diagnostico terapeutici in cui sono inserite azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio/principali MCNT	Standard OSR 4.1 30% Standard OSR 4.2 Almeno uno per ogni MCNT
MO 3. Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	OC 3.1. Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali OC 3.2. Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	OSR 4.3. Attivare procedure per la razionalizzazione di flussi informativi e produrre raccomandazioni, linee d'indirizzo e indicazioni procedurali negli ambiti previsti dal sistema organizzativo e dalla normativa	Indicatore OSR 4.3. N. procedure attivate/programmate	Standard OSR 4.3 80%
MO 5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	OC 5.1. ridurre il numero di decessi per incidenti stradali OC 5.2. ridurre il n. di ricoveri OC 5.3. aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	OSR 4.4. Promuovere momenti di riflessione e dibattito all'interno dei Servizi a verifica della fattibilità ed efficacia degli interventi di promozione delle abilità di resilienza rivolti all'"utenza fragile", per la riduzione delle disuguaglianze nel ciclo di vita.	Indicatore OSR 4.4. Realizzazione dei percorsi informativo- formativi sui temi individuati	Standard OSR 4.4 Almeno 1 per tema
MO 6. Prevenire gli incidenti domestici	OC 6.4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, mmg, pls OC 6.5. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico			

Indicatori sentinella del programma

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
4.1.1 N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili sul totale punti	Almeno 75%	Garantire la partecipazione degli operatori dei punti di sostegno alla formazione regionale per gli allattamenti difficili	N. DMI in cui è stata garantita la formazione per gli allattamenti: 5/11 = 45,4% (una ASL ha già soddisfatto il bisogno formativo)
4.3.1 Numero di DMI che dispongono del dato allattamento al seno a 6 mesi	80%	Descrizione del sistema di monitoraggio dell'allattamento al seno	83% 10 ASL su 12 hanno descritto il sistema adottato nei rispettivi DMI
4.2.1 Costituzione/formalizzazione gruppi fumo aziendali/ASL	80% delle ASL costituiscono i gruppi (gruppi già costituiti in 12 ASL su 13)	Per ASL NO: formalizzazione gruppo fumo Per tutte le altre ASL: evidenza documentale del mantenimento dei gruppi costituiti	100%
4.2.3 Coordinamento delle iniziative di prevenzione	Monitoraggio e valutazione delle iniziative implementate nelle ASL nell'anno precedente ed eventuali revisioni del format formativo	--	Predisposto format standardizzato di rendicontazione
4.2.3 Realizzazione corsi di formazione da parte delle ASL	Almeno un evento formativo a livello regionale per formatori delle ASL (recupero attività 2016) Almeno il 30% delle ASL piemontesi hanno effettuato corsi	Partecipazione all'evento formativo regionale per formatori ASL Attuazione della formazione "a cascata"	Tre corsi regionali realizzati Corsi realizzati in 4 ASL (33%)
4.2.5 Ricognizione percorsi attivati nelle Aziende Sanitarie secondo apposito Report. N. ambiti/servizi specialistici coinvolti nei percorsi attivati	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 70	----	N. ambiti specialistici per MCNT: 8 N. pazienti trattati: 92
4.2.5 Definizione degli indirizzi regionali e modalità di monitoraggio sullo sviluppo dell'attività MET	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	----	Proposta di documento elaborata dal gruppo ASL Città di Torino
4.2.5 N. edizioni di corsi, seminari, convegni, incontri rivolti a pazienti e/o operatori sanitari (ASL Torino)	≥ 5	----	Totale: 20 10 corsi teorico-pratici dedicati all'utilizzo del fitwalking per operatori sanitari e pazienti 10 interventi in occasione di corsi/convegni
4.2.5 Avvio percorsi evidence-based	Avvio in almeno 2 strutture diabetologiche regionali di almeno un percorso educativo terapeutico strutturato con i criteri individuati	ASL Città di Torino: Avvio di almeno un percorso educativo terapeutico strutturato con i criteri individuati in almeno 2 strutture	Effettuata la valutazione clinico-funzionale ai fini della prescrizione di esercizio fisico terapeutico in due strutture di diabetologia (ASL Città di Torino e ASO Città della Salute)
4.3.3 Realizzazione corsi info-educativi secondo i criteri regionali	Produzione documento di indicazione procedurale	-----	Validato il documento in uso presso l'ASL CN1
4.3.5 Realizzazione prima edizione corso nelle ASL	Nel 100% delle ASL	Realizzazione di un corso in tutte le ASL	Corsi effettuati in 11 ASL su 12 (91%)
4.1.8 Attuare un programma di implementazione degli interventi di prevenzione e counselling nutrizionale nelle ASL	50% delle ASL adottano il programma	Definizione/avvio di programmi di implementazione coerenti con gli indirizzi regionali	10 ASL su 12 (83%) hanno definito o avviato iniziative coerenti con gli indirizzi regionali

Azione 4.1.1. Sostegno all'allattamento al seno

Obiettivi dell'azione: Dare continuità al Progetto Regionale di Protezione, promozione e sostegno all'allattamento al seno.

Risultati conseguiti nell'anno

È proseguito il consolidamento delle conoscenze teoriche e pratiche relative alla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, rivolto agli operatori del Dipartimento Materno-Infantile (DMI), per fare in modo che l'assistenza lungo tutto il Percorso Nascita poggi su solide e condivise basi EBM e che le donne ricevano informazioni e risposte univoche indipendentemente dall'operatore.

In particolare, la formazione prevista dalle indicazioni OMS con il **corso delle 20 ore** per gli operatori nuovi assunti nei DMI è stata realizzata in 5 ASL (AL, CN1 - 8 ore, TO5, VC, VCO); nelle altre ASL il personale risulta già in parte o del tutto formato. Complessivamente gli operatori formati sono 24, di cui 13 neo-assunti.

La **formazione sugli allattamenti difficili** ha invece registrato maggiori difficoltà; in ogni caso, pur in assenza di un corso di livello regionale, 5 ASL (TO3, TO4, TO5, VCO, AL) hanno organizzato in autonomia il corso o inviato gli operatori a corsi esterni. In 3 ASL non ci sono state assunzioni. Una ASL ha già soddisfatto il bisogno formativo nel 2015. Nelle rimanenti ASL si sono registrate difficoltà a organizzare per tutti la formazione. Per il calcolo del valore dell'indicatore sentinella non è stato possibile utilizzare la formula predefinita, in quanto i punti di sostegno non sono una buona unità di misura, essendo la loro organizzazione diversificata a seconda della dislocazione geografica e della tipologia di territorio, pertanto i corsi di formazione sono stati conteggiati per DMI.

Popolazione target: Operatori dei DMI delle ASL piemontesi.

Attori coinvolti: Settore regionale Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria territoriale.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Numero di nuovi operatori formati entro 6 mesi dalla assunzione (anche in collaborazione tra DMI)	Almeno 60% dei nuovi assunti dedicati	Formazione di tutti i nuovi assunti entro 6 mesi Formazione di tutti gli operatori non ancora formati	Nuovi assunti formati (13)/ nuovi assunti (24) 54,2%
Indicatore sentinella: N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili sul totale punti	Almeno 75%	Garantire la partecipazione degli operatori dei punti di sostegno alla formazione regionale per gli allattamenti difficili	N. DMI in cui è stata garantita la formazione per gli allattamenti: 5/11 = 45,4% (una ASL ha già soddisfatto il bisogno formativo)

Azione 4.3.1. Allattamento al seno: monitoraggio dell'andamento

Obiettivi dell'azione: Raccogliere sistematicamente e inserire nel profilo di salute materno-infantile i dati che consentono di monitorare localmente e a livello regionale le curve di decadimento dell'allattamento al seno.

Risultati conseguiti nell'anno

È proseguita la collaborazione tra i Settori regionali Prevenzione e Assistenza territoriale per individuare le possibili modalità di raccolta dati sull'allattamento a 6 mesi nei 12 DMI presenti in Piemonte, nell'ambito del Coordinamento dei direttori di Dipartimento Materno-infantile. Non è stata ancora avviata la definizione del set di indicatori da raccogliere, e di conseguenza neanche l'aggiornamento delle équipes territoriali di PLS.

Mentre il 100% dei DMI possiede il dato sull'allattamento al momento della dimissione dal punto nascita, 10 ASL su 12 dispongono di dati riferiti alle fasi successive, rilevati attraverso varie modalità: questionario somministrato nei Servizi vaccinali alla 2ª e 3ª seduta (3° mese e 4°-5°mese); bilanci di salute compilati dai PLS raccolto in varie modalità e tempistiche; non è invece disponibile il dato rilevato dai PLS al momento della terza visita per i bilanci di salute prevista tra 120 e 180 giorni. Non esiste un flusso informativo specifico. Solo alcune ASL raccolgono il dato relativo al sesto mese, che comunque non viene inserito in alcun database o flusso informativo di livello regionale.

Popolazione target: Operatori dei DMI delle ASL piemontesi.

Attori coinvolti: Settore regionale Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria territoriale.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Numero di DMI che dispongono del dato allattamento al seno a 6 mesi	80%	Descrizione del sistema di monitoraggio dell'allattamento al seno	83% 10 ASL su 12 hanno descritto il sistema adottato nei rispettivi DMI
Proposta ai DMI del set di indicatori da raccogliere	Definizione degli indicatori	-----	Indicatori non definiti
Numero di équipes territoriali aggiornate	20%	-----	Non effettuato aggiornamento équipes territoriali

Azione 4.2.1.	Sostegno/implementazione degli interventi di prevenzione/riduzione/ cessazione tabagismo realizzati dalle ASL/ASO in autonomia e/o nell'ambito di progetti regionali consolidati
Azione 4.2.2.	Implementazione dell'offerta terapeutica dei CTT e di altri servizi di disassuefazione

Obiettivi delle azioni: Implementare gli interventi di prevenzione e contrasto del tabagismo realizzati dalle asl e dalle aso, rivolti a specifici target, autonomie/o afferenti a progetti regionali consolidati. I progetti regionali consolidati a cui si fa riferimento sono: In rete per ambienti sanitari liberi dal fumo, Mamme libere dal fumo, Genitori più. Monitorare le offerte terapeutiche esistenti e promuovere offerte adeguate (*evidence based*).

Risultati conseguiti nell'anno

Dopo il seminario sulle Linee guida nazionali "Prevenzione del fumo di tabacco" svoltosi nel 2014, con l'obiettivo di diffondere le nuove Linee Guida agli operatori dei Centri Trattamento Tabagismo e dei Servizi delle ASL piemontesi (SerT, Psicologia, Pneumologia, Dipartimento di Prevenzione, MMG ecc.), erano state inserite nel PRP azioni che avrebbero dovuto essere coordinate da un gruppo regionale interistituzionale sul fumo di tabacco, mai costituitosi. In assenza del gruppo interistituzionale, è stato definito un gruppo di lavoro composto solo da operatori appartenenti al Servizio Sanitario per definire, coordinare e avviare le attività regionali previste dalle azioni specifiche sul fumo.

Pertanto alcune delle attività previste per il 2016 sono state posticipate al 2017: a) la prosecuzione della **rilevazione delle attività dei Centri di disassuefazione della Regione (CTT)**; b) la progettazione della relativa **formazione sulle tecniche del counseling breve** rivolta alle figure professionali sanitarie coinvolte nella prevenzione e presa in carico dell'utenza e dei dipendenti (MMG, MC, PLS, diabetologia, cardiologia, servizi vaccinali,...), con la finalità principale di valorizzare il ruolo degli operatori nell'azione di empowerment dell'utenza, aumentando le loro competenze di ascolto e comunicazione, in linea con le prove di efficacia.

In tutte le ASL sono costituiti e formalizzati i **gruppi fumo** e sono stati attivati almeno 2 interventi utilizzando la metodologia del counseling, sia presso i CTT per sostenere la cessazione dal fumo, sia negli interventi opportunistici, come quelli erogati dai Consultori, per promuovere consapevolezza. Complessivamente risultano almeno **18 interventi** di questo tipo, non sempre rendicontati in modo comparabile. 4 ASL hanno caricato nella banca dati ProSa gli interventi effettuati.

La formazione regionale del personale sanitario sulle tecniche di counseling breve per il contrasto al tabagismo è slittata al 2018. Ciononostante, eventi formativi sono stati realizzati in 7 ASL (AL, AT, BI, CN1, TO3, TO5, VC).

Popolazione target Operatori sanitari, donne in gravidanza, neo genitori fumatori (in particolare mamme); operatori dei CTT e di altri Servizi territoriali e ospedalieri di contrasto al tabagismo, MMG.

Attori coinvolti: Gruppo fumo CPO, operatori esperti di CTT ed altri Servizi sanitari in collaborazione con NIEbP Network, Gruppi fumo Aziendali già deliberati, Servizi di promozione della Salute, SERT, Settore regionale Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria territoriale.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Corsi di formazione realizzati	Almeno 2 corsi di formazione realizzati	-----	7 ASL hanno realizzato il corso
Indicatore sentinella: Costituzione/formalizzazione gruppi fumo aziendali/ASL	80% delle ASL costituiscono i gruppi (gruppi già costituiti in 12 ASL su 13)	Per ASL NO: formalizzazione gruppo fumo Per tutte le altre ASL: evidenza documentale del mantenimento dei gruppi costituiti	100%
Interventi realizzati dalle ASL / ASO	Almeno 2 interventi attivati che utilizzino la metodologia del counseling	N. interventi attivati che utilizzino la metodologia del counseling	18 interventi complessivi (almeno 2 in ogni ASL)
Verifica appropriatezza attività erogate dai centri di disassuefazione	Pubblicazione del report con individuazione aree di inappropriatezza (recupero attività 2016)	-----	Non realizzato
Aggiornamento raccomandazioni/ linee guida regionali	Pubblicazione dell'aggiornamento (recupero attività 2016)	-----	Non realizzato
N. operatori Centri che ricevono Formazione alle linee guida	Progettazione della formazione (recupero attività 2016): 50%	-----	Non realizzato

Azione 4.2.3.	Percorsi formativi aziendali sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e interventi specifici brevi
Azione 4.2.4.	Diffusione nelle ASL degli interventi specifici brevi per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Obiettivi delle azioni: Costituire un gruppo di lavoro alcol interdisciplinare con la presenza di operatori dei dipartimenti Patologie delle dipendenze, medici di medicina generale, esperti del settore, rappresentanti del privato sociale, per il coordinamento e lo sviluppo di eventi formativi per la prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol a livello regionale. Garantire percorsi di training basati sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e di interventi specifici brevi nelle aziende sanitarie piemontesi. Incrementare il numero di soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di bere meno (durante interventi di counselling breve); ridurre, di conseguenza, la prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio.

Risultati conseguiti nell'anno

Nell'impossibilità di avviare un tavolo intersettoriale rappresentato non solo dal settore sanitario, nel 2016 si è proceduto alla definizione di un gruppo di lavoro composto esclusivamente da operatori appartenenti al Servizio Sanitario (operatori SERD e della Prevenzione), che ha costituito un punto di riferimento e un luogo di condivisione delle esperienze per i referenti locali dell'azione, afferenti a entrambi i Servizi coinvolti. Il gruppo, sulla base delle specifiche competenze professionali, ha effettuato il monitoraggio e coordinamento delle iniziative di prevenzione svolte dalle ASL. Ha inoltre predisposto e realizzato in maniera condivisa con i Servizi di Alcolologia delle ASL la **formazione dei formatori** ASL (attività 2016 da recuperare). In particolare, sono stati realizzati 3 eventi formativi, ai quali hanno partecipato tutte le ASL. In seguito, quattro ASL piemontesi hanno realizzato i **corsi a cascata**: AT, CN1, TO3, VC, rivolti a operatori di Servizi e Strutture, ospedaliere e territoriali, che hanno tra gli obiettivi la riduzione/contrasto del bere a rischio. È stato predisposto il format per la rendicontazione dell'attività di formazione sull'alcol svolta a livello locale, da utilizzare nel 2018.

Popolazione target: Intermedia: Operatori sanitari: operatori SERD, MMG, operatori sanitari del territorio e ospedalieri. Finale: consumatori di bevande alcoliche a maggior rischio, consumatori binge, consumatori prevalentemente fuori pasto, consumatori abituali di elevate quantità di alcol.

Attori coinvolti: Gruppo di lavoro alcol, Operatori sanitari territoriali e ospedalieri, SERD, MMG, Terzo Settore, RePES, Settore regionale Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria territoriale.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Coordinamento delle iniziative di prevenzione	Monitoraggio e valutazione delle iniziative implementate nelle ASL nell'anno precedente ed eventuali revisioni del format formativo	--	Predisposto format standardizzato di rendicontazione
Indicatore sentinella: Realizzazione corsi di formazione da parte delle ASL	Almeno un evento formativo a livello regionale per formatori delle ASL (recupero attività 2016) Almeno il 30% delle ASL piemontesi hanno effettuato corsi	Partecipazione all'evento formativo regionale per formatori ASL. Attuazione della formazione "a cascata"	Tre corsi regionali realizzati Corsi realizzati in 4 ASL (33%)
Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di bere meno	Il 6% dei bevitori a maggior rischio hanno ricevuto il consiglio di bere meno	-----	5,7% (dato PASSI 2016)
Prevalenza dei consumatori di alcol a maggior rischio (indicatore di impatto)	Prevalenza di consumatori a maggior rischio 17,2%	-----	21,3% (dato PASSI 2016)
Eventi formativi implementati a livello regionale	Almeno quattro eventi formativi nelle ASL della Regione	Attuazione della formazione "a cascata"	Tre corsi regionali realizzati Corsi realizzati in 4 ASL (33%) (v. <i>indicatore sentinella</i>)
Partecipazione multidisciplinare ai percorsi formativi aziendali	Nelle ASL dove sono stati implementati gli eventi formativi devono essere stati coinvolti il: 3% dei MMG 3% degli operatori sanitari ospedalieri 3% degli operatori sanitari del territorio	Dovranno essere coinvolti il: 3% dei MMG 3% degli op. sanitari ospedalieri 3% degli op. sanitari del territorio	La raccolta di tali informazioni con il report predisposto è slittata per tutte le ASL al 2018

Azione 4.2.5.	Consolidamento delle modalità operative del MET (modello operativo di esercizio-terapia) e ampliamento delle integrazioni con i Servizi specialistici per le MCNT
Azione 4.1.3.	Inserimento della tematica dell'esercizio fisico a scopo terapeutico nei percorsi educativi per pazienti con patologie croniche
Azione 4.1.5.	Definizione delle caratteristiche minime necessarie per percorsi educativo-terapeutici efficaci

Obiettivi delle azioni: Implementare e sviluppare il modello operativo di esercizio-terapia (MET) già definito e applicato in due ASL piemontesi (TO1 e TO2); aumentare la consapevolezza del ruolo dell'esercizio fisico nei pazienti e negli operatori favorire la ridefinizione dei percorsi educativi dedicati agli stili di vita; valutare la tipologia di percorsi educativo-terapeutici inerenti l'alimentazione e l'attività fisica, attivati localmente nelle strutture diabetologiche regionali; raccogliere le principali buone pratiche esistenti, identificare gli elementi minimi qualificanti (CRITERI) organizzativi, operativi e di contenuto.

Risultati conseguiti nell'anno

Sono proseguite le attività del gruppo di lavoro attivo presso l'ASL Città di Torino basate sul "MET" (Modello operativo di Esercizio-Terapia). In particolare, sono state effettuate 92 visite di valutazione clinico-funzionale ai fini della prescrizione di esercizio fisico terapeutico per 8 ambiti specialistici dell'ASL Città di Torino: diabetologia, cardiologia, salute mentale, ematologia, nefrologia, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile, neurologia. È stato realizzato un corso base per *fitwalking leader* aziendale in collaborazione con la Scuola del Cammino Fitwalking Italia, che ha formato 15 operatori.

Il gruppo interno all'ASL Città di Torino ha elaborato una **proposta di documento di indirizzo regionale** di base per la promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con MCNT.

L'ASL Città di Torino ha concluso le attività del progetto nazionale "Trapianto... e adesso Sport", che hanno coinvolto 30 pazienti trapiantati e prodotto il documento relativo alle modalità di collaborazione tra servizio pubblico di Medicina dello Sport e Coordinamento regionale trapianti; non è stata invece avviata l'attività basata sul MET rivolta ai pazienti oncologici, in collaborazione con la Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta, prevista dal PLP dell'ASL Città di Torino.

Sono stati effettuati diversi interventi presso seminari, convegni e corsi per la diffusione dei principi ispiratori dell'esercizio-terapia, delle sue modalità operative e per sensibilizzazione sugli argomenti dell'azione, in particolare 10 corsi teorico-pratici dedicati all'utilizzo del fitwalking per operatori sanitari e pazienti e 10 interventi in occasione di corsi/convegni in cui è stato trattato l'argomento dell'utilizzo dell'esercizio fisico quale strumento preventivo terapeutico nelle MCNT.

È stata avviata in alcune ASL una ricognizione di percorsi educativo-terapeutici rivolti a pazienti diabetici sulla base dei criteri organizzativi, operativi e di contenuto definiti a seguito di apposita ricognizione.

Popolazione target: Cittadini con patologie croniche non trasmissibili esercizio-sensibili o a forte rischio. Operatori dei Servizi che trattano MCNT. Operatori dei servizi di Malattie Metaboliche e Diabetologia. Familiari dei pazienti, personale sanitario.

Attori coinvolti: Struttura di Medicina dello Sport ASL TO1, Strutture specialistiche per MCNT delle ASL TO1 e TO2, Centro Regionale Trapianti, Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta, Gruppo di lavoro multi-disciplinare presso il Centro di Esercizio-Terapia ASL TO1, Associazioni sportive del territorio. Diabetologia ASL TO1, Tavolo interaziendale metropolitano. Dip. di Prevenzione, Cardiologia, Dietologia, Medicina del Lavoro, Pneumologia, Nefrologia, SERD

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Ricognizione percorsi attivati nelle Aziende Sanitarie secondo apposito Report. N. ambiti/servizi specialistici coinvolti nei percorsi attivati	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 70	----	N. ambiti specialistici per MCNT: 8 N. pazienti trattati: 92

Realizzazione delle attività previste nel progetto nazionale di ricerca "Trapianto... e adesso Sport"	Documento su modalità operative di collaborazione tra Servizio Pubblico di Medicina dello Sport e Coordinamento Regionale Trapianti	----	Documento presente
Realizzazione di attività secondo il "MET" con la Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta	Prosecuzione di almeno 1 percorso di esercizio-terapia per pazienti oncologici	----	Non avviato
Indicatore sentinella: Definizione degli indirizzi regionali e modalità di monitoraggio sullo sviluppo dell'attività MET	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	----	Proposta di documento elaborata dal gruppo ASL Città di Torino
Realizzazione di incontri/seminari/convegni/corsi	N. edizioni: almeno 2 annuali	----	8 interventi presso seminari, convegni, corsi per la diffusione dei principi ispiratori del MET (PLP ASL Città di To)
Indicatore sentinella: N. edizioni di corsi, seminari, convegni, incontri rivolti a pazienti e/o operatori sanitari (ASL Torino)	≥ 5	----	Totale: 20 10 corsi teorico-pratici dedicati all'utilizzo del fitwalking per operatori sanitari e pazienti 10 interventi in occasione di corsi/convegni
Indicatore sentinella: Avvio percorsi evidence-based	Avvio in almeno 2 strutture diabetologiche regionali di almeno un percorso educativo terapeutico strutturato con i criteri individuati	ASL Città di Torino: Avvio di almeno un percorso educativo terapeutico strutturato con i criteri individuati in almeno 2 strutture	Effettuata la valutazione clinico-funzionale ai fini della prescrizione di esercizio fisico terapeutico in due strutture di diabetologia (ASL Città di Torino e ASO Città della Salute)

Azione 4.1.6. **Sperimentazione di un modello di lavoro ospedale-territorio con interventi di promozione di corretti stili di vita per pazienti ricoverati**

Obiettivi dell'azione: Sperimentare percorsi di reclutamento, somministrazione di counselling motivazionale ed avvio di percorsi di modificazione degli stili di vita in pazienti ricoverati, individuando il ricovero come un teachable moment per la stimolazione al cambiamento verso corretti stili di vita nella popolazione adulta. Quest'azione da riferimento al progetto europeo triennale Empowering Hospital (ASL BI).

Risultati conseguiti nell'anno

L'azione fa riferimento al progetto europeo Empowering Hospital con l'ASL di Biella come capofila. Le attività svolte nel 2017, nel rispetto del cronoprogramma, sono state:

- completamento del reclutamento di pazienti, famigliari e operatori sanitari;
- profilazione dei soggetti con identificazione dei fattori di rischio per fumo, alcol, alimentazione e sedentarietà;
- attribuzione dei soggetti profilati al gruppo di intervento o al gruppo di controllo;
- 100% dei **pazienti, famigliari e operatori sanitari** reclutati e assegnati al gruppo di intervento (n. **427**) sono stati sottoposti a colloquio motivazionale personalizzato il "Centro di rigenerazione";
- mantenimento e aggiornamento sito del progetto (www.emp-h-project.eu);
- follow up a sei mesi di tutti i soggetti reclutati;
- azioni di dissemination nei principali convegni scientifici italiani ed europei (Rete HPH, SITI, Soc. di Epidemiologia).

Popolazione target: pazienti affetti da malattie croniche degenerative non trasmissibili di età compresa tra 40 e 75 anni, famigliari degli stessi, personale sanitario.

Attori coinvolti: Dip. di Prevenzione, Diabetologia, Cardiologia, Dietologia, Medicina del Lavoro, Medicina dello Sport, Pneumologia, Nefrologia, SERD.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Rispetto del cronoprogramma del progetto	Almeno 80% dei pazienti previsti dal piano di campionamento e reclutamento avviati alle azioni previste dal progetto	----	100% dei soggetti reclutati sottoposti a colloquio motivazionale (n. 427)

Azione 4.1.7. **Testare la trasferibilità nei DSM del metodo del “Dialogo Aperto” per il trattamento dei sintomi di esordio in pazienti con crisi psichiatrica**

Obiettivi dell’azione: Adattare il metodo del “Dialogo Aperto” alla struttura organizzativa dei DSM selezionati nel progetto CCM e alle caratteristiche di contesto e sociali dei rispettivi territori, selezionare e formare operatori volontari dei DSM ASL TO1 e TO2 che vogliano sperimentare l’utilizzo del nuovo metodo, trattare con il metodo le nuove richieste di intervento per crisi psichiatrica, valutare l’efficacia terapeutica a brevissimo e a breve termine in tutti i soggetti incidenti trattati con il metodo del “Dialogo Aperto”, confrontandola con quella dei soggetti incidenti trattati con le terapie correntemente in uso.

Risultati conseguiti nell’anno

Le attività del progetto sono state prorogate al 15 ottobre 2017.

A giugno 2017 è stato avviato nel DSM dell’ASL Città di Torino (ex DSM ASL TO1 e TO2) lo **studio pilota** finalizzato a valutare la fedeltà all’approccio, verificare l’utilizzo degli strumenti di valutazione, effettuare un’analisi dei dati di efficacia a breve termine. La conclusione dello studio è prevista a dicembre 2018 e i risultati saranno pubblicati nel 2019. È stata avviata nel 2017 la predisposizione della relazione conclusiva da trasmettere al Ministero.

Complessivamente, sono stati arruolati nello studio pilota il 69,2% dei pazienti eleggibili, raggiungendo così l’obiettivo di trattare con il metodo del Dialogo Aperto il 66% dei nuovi casi presi in carico dai DSM partecipanti (**42 famiglie a Torino**). I principali motivi alla base della mancata presa in carico con il Dialogo Aperto non sono di tipo organizzativo, ma legati alla mancanza di disponibilità delle famiglie o dei pazienti, probabilmente dovuta alla diffidenza iniziale verso un trattamento considerato “sperimentale”; i pazienti e le famiglie coinvolti nello studio pilota con il trattamento dialogico riportano di essere molto soddisfatti delle specifiche sedute e dei risultati a breve termine.

Circa **20 operatori** sono stati **formati** nel DSM dell’ASL Città di Torino. Di questi, 11 hanno partecipato al corso di formazione finalizzato alla supervisione delle attività cliniche con il team finlandese.

Considerato il ridotto numero di operatori formati al Dialogo Aperto, è stata privilegiata, in primis, la sensibilizzazione degli operatori del DSM dell’ASL Città di Torino, che nel 2017 ha interessato 16 operatori. I corsi rivolti a operatori di altre ASL sono quindi stati rinviati al 2019.

Lo standard dell’indicatore riguardante il trattamento dei casi è stato sostituito, già dal 2016, con quello relativo alla “relazione conclusiva sulla trasferibilità del metodo”.

Popolazione target: Operatori DSM ASL TO1 e TO2, pazienti (destinatari finali dell’approccio innovativo di cura).

Attori coinvolti: Gruppo di coordinamento costituito da operatori del Dipartimento Integrato della Prevenzione ASL TO1, operatori dei DSM, operatori dei Dipartimenti Italiani coinvolti nel Progetto CCM

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Attivazione nei DSM di un protocollo operativo	Applicazione del protocollo operativo nei 2 DSM del territorio torinese	-----	Il protocollo è stato applicato nel DSM dell’ASL Città di Torino
Stesura programma del training di formazione degli operatori selezionati	Corsi di sensibilizzazione alla metodologia in almeno 2 ASL	-----	Corsi rinviati al 2019
Numero di soggetti trattati con il metodo “DA” presenti al follow-up alla fine del periodo di operatività dello studio sul totale dei soggetti incidenti trattati	Presenza relazione conclusiva*	-----	Relazione predisposta

*standard modificato rispetto al PRP 2014-2018

Azione 4.3.2.	Stesura e validazione delle linee di indirizzo regionali in tema di accertamento ai sensi degli articoli 186, 186bis, 187 C. d.S.
Azione 4.3.3.	Corsi info-educativi per la prevenzione e riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive

Obiettivi delle azioni: mappare il territorio piemontese (in raffronto a quello nazionale) rispetto ai diversi criteri di valutazione adottati dalle commissioni mediche locali; redigere linee di indirizzo regionali in tema di accertamenti; mappare i corsi info-educativi realizzati dalle ASL per la prevenzione dell'incidentalità stradale e definire indicazioni basati su prove di efficacia.

Risultati conseguiti nell'anno

Il tema della prevenzione degli incidenti stradali prevedeva il collegamento con il gruppo di lavoro regionale Incidentalità stradale: tale gruppo di lavoro, però, non è stato costituito. Dal 2015 vi è un gruppo di lavoro ristretto denominato "Tutela del singolo e dei terzi in riferimento all'uso di sostanze psicoattive con particolare riguardo agli ambiti della sicurezza stradale e nei luoghi di lavoro" a supporto della Direzione Sanità della Regione Piemonte. In tale ambito è stato elaborato il Report di raccolta delle principali evidenze e delle esperienze nazionali più significative circa i criteri di valutazione adottati nelle varie Commissioni Mediche Locali per l'espressione dei **giudizi di idoneità alla guida nei conducenti segnalati** ex artt. 186, 186 bis, e 187 C.d.S (standard del 2015 che non era stato raggiunto).

La ricognizione effettuata nel 2016 rispetto all'organizzazione di **corsi info-educativi per la prevenzione e la riduzione dell'incidentalità correlata all'uso di sostanze psicoattive** (alcol, droghe, farmaci) aveva evidenziato la presenza di corsi ad hoc in tre ASL (TO2, TO3, CN1) e di corsi integrati all'interno di altre attività preventive in quattro ASL (TO5, NO, AL, VCO).

Nel 2017 è stato redatto, di concerto con il Settore Assistenza sanitaria territoriale, il report relativo alle prassi in uso nelle diverse Procure della Repubblica. È stato inoltre valutato e validato il documento di indicazioni procedurali (gestione organizzativa, strumenti e materiali, modalità di valutazione, ecc.) per la strutturazione di corsi info-educativi diretti alla prevenzione e alla riduzione dell'incidentalità correlata all'uso di sostanze psicoattive utilizzato nell'ambito dell'ASL CN1, in quanto ritenuto una buona pratica esportabile.

Popolazione target: Soggetti afferenti alle Commissioni Mediche Locali a seguito di violazioni ex artt. 186, 186 bis, e 187 C.d.S.

Attori coinvolti: Gruppo di coordinamento costituito da operatori del Dipartimento Integrato della Prevenzione ASL TO1, operatori dei DSM, operatori dei Dipartimenti Italiani coinvolti nel Progetto CCM

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Report di raccolta e analisi delle esperienze circa i criteri di valutazione adottati nelle varie Commissioni Mediche Locali	Produzione Documento Linee di indirizzo	-----	Report relativo alle prassi in uso nelle diverse Procure della Repubblica
Indicatore sentinella: Realizzazione corsi info-educativi secondo i criteri regionali	Produzione documento di indicazione procedurale	-----	Validato il documento in uso presso l'ASL CN1

Azione 4.3.4.	Monitoraggio dell'andamento del fenomeno "incidenti domestici" attraverso i dati di ricorso al PS per incidente domestico
Azione 4.3.5.	Formazione sugli incidenti domestici
Azione 4.3.6.	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico

Obiettivi delle azioni: Monitoraggio dati dei PS degli ospedali della regione Piemonte per ricorso a seguito di incidente domestico. Miglioramento della conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte di operatori sanitari, MMG, PLS. Raccordo con i PS e i Centri antiveneno per uno studio di fattibilità sulla metodologia di raccolta delle informazioni sugli avvelenamenti, l'analisi e pulizia dei dati e la messa a regime del flusso.

Risultati conseguiti nell'anno

Sono proseguite le attività di rilevazione e valutazione dei dati provenienti dai PS piemontesi e di presentazione dei risultati e report, a cura del gruppo regionale "Incidenti domestici" coordinato dall'ASL Città di Torino. I dati di ricorso al PS dell'anno 2015 sono stati elaborati in collaborazione con il Servizio sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3 e il report è stato presentato ai referenti aziendali.

Sono stati inviati i **dati annuali di ricorso al PS per incidenti domestici** ai MMG e PLS.

È stata realizzata una giornata di confronto con i referenti dei Pronto Soccorso per valutare insieme la possibilità di miglioramento della qualità dei dati.

È proseguito il coordinamento delle iniziative locali: in 11 ASL su 12 è stata realizzata una edizione del previsto corso di formazione "a cascata" (corsi caricati nella banca dati ProSa da 7 ASL). In alcune ASL si sono verificate difficoltà per l'invio ai MMG e PLS delle note informative trimestrali relative ai rischi presenti in casa.

Per quanto riguarda gli avvelenamenti, stante la persistente difficoltà di raccordo con i Centri Antiveneno, non presenti sul territorio regionale, il monitoraggio avviene esclusivamente attraverso i dati di Pronto Soccorso. Tali informazioni vengono annualmente raccolte insieme con i dati sugli incidenti domestici ed elaborati dal Servizio sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3.

È stato effettuato un confronto con i referenti dei PS sull'attendibilità del dato e sulla possibilità di migliorarne la qualità.

Popolazione target: Referenti aziendali e responsabili dei Pronto Soccorso, Operatori sanitari, MMG, PLS.

Attori coinvolti: Settore regionale Assistenza Specialistica e Ospedaliera, SSEPI, gruppo regionale "Incidenti Domestici".

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Raccolta e analisi annuale dei dati a livello regionale	Raccolta e analisi dati 2015	-----	Dati presenti
Comparazione dei dati tra ASL e tra ospedali della Regione	Analisi comparata dati 2015 (report)	-----	Analisi presentata
Confronto con i referenti incidenti domestici delle ASL del Piemonte	Riunione annuale di restituzione e confronto con i referenti delle ASL	-----	Riunione effettuata
Indicatore sentinella: Realizzazione prima edizione corso nelle ASL	Nel 100% delle ASL	Realizzazione di un corso in tutte le ASL	Corsi effettuati in 11 ASL su 12 (91%)
Evidenza dell'invio dei dati di PS	Una volta nell'anno	-----	Invio effettuato
Evidenza dell'invio delle note informative	4 volte nell'anno	Per tutte le ASL: Evidenza dell'invio delle note informative	Non effettuato
Raccolta e analisi annuale dei dati su avvelenamento a livello regionale	Raccolta e analisi dati	-----	Analisi presente nell'elaborazione dati di Pronto Soccorso

Azione 4.1.8. Monitoraggio e implementazione degli interventi di prevenzione e counselling nutrizionale in soggetti a rischio

Obiettivi dell'azione: monitorare l'offerta di prevenzione e counselling in ambito nutrizionale presente nelle ASL sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Socializzare e diffondere le migliori esperienze aziendali relative alla gestione di attività ambulatoriali/ interventi di prevenzione individuali/di gruppo indirizzati a soggetti a rischio. Implementare tali attività nelle ASL migliorandone l'efficacia e l'appropriatezza.

Risultati conseguiti nell'anno

10 ASL su 12 hanno definito o avviato iniziative coerenti con gli indirizzi regionali.
In particolare sono sviluppate le attività di prevenzione e counselling nutrizionale rivolte a soggetti a rischio in 6 ASL: AL, AT, BI, CN1, CN2, VCO. Si tratta di counselling variamente strutturato rivolto a specifici target di pazienti (oncologici, diabetici) o fasce di popolazione in particolari fasi della vita (adolescenti, donne in gravidanza, anziani).
Sono presenti politiche territoriali integrate, tese a promuovere azioni di contesto favorevoli ai comportamenti salutari in 8 ASL (AT, BI, CN1, CN2, TO3, TO4, TO5, VCO): si tratta in particolare di collaborazioni con i Comuni o altri soggetti del territorio (fondazioni, corsorzi socio-assistenziali, associazioni di categoria) per iniziative di promozione della salute rivolte a target specifici.
In 4 ASL (CN1, TO4, VC, VCO) sono state svolte attività formative rivolte agli operatori di varie strutture che si occupano di prevenzione e counselling nutrizionale.

Popolazione target: Target intermedio: operatori sanitari delle ASL che si occupano di promozione della salute in ambito alimentare. Target finale: popolazione generale, soggetti a rischio.

Attori coinvolti: Coordinamento regionale con supporto dell'ASL CN1.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Attuare un programma di implementazione degli interventi di prevenzione e counselling nutrizionale nelle ASL	50% delle ASL adottano il programma	Definizione/avvio di programmi di implementazione coerenti con gli indirizzi regionali	10 ASL su 12 (83%) hanno definito o avviato iniziative coerenti con gli indirizzi regionali
N. attività integrate con politiche territoriali	30%	Attivazione di almeno un'attività integrata con politiche territoriali	In 8 ASL (67%) sono presenti attività integrate con politiche territoriali

5 • Screening di popolazione

Quadro degli obiettivi centrali e regionali

Macro obiettivo MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili			
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR 2019
OC 1.12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	OSR 5.1. Piena implementazione del programma di screening mammografico con raggiungimento della copertura della popolazione bersaglio 50-69 anni e garanzia dell'offerta del percorso per le donne 45-49 anni	<i>Copertura da inviti: Rapporto tra il valore dell'indicatore al baseline e il valore rilevato alla scadenza prevista per la valutazione del piano</i> Indicatore per OSR 5.1 SCREENING MAMMOGRAFICO età 50-69 anni Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	Standard OSR 5.1 100%
	OSR 5.2. Piena implementazione del programma di screening cervico-vaginale con della copertura della popolazione bersaglio 25-64 anni.	Indicatore per OSR 5.2 SCREENING CERVICO-VAGINALE età: 25-64 anni Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale *	Standard OSR 5.2 100%
	OSR 5.3. Piena implementazione del programma con sigmoidoscopia (FS), garanzia degli inviti per la coorte delle persone 59-69 anni mai invitate alla FS e progressiva estensione degli inviti al test del sangue occulto (FIT) anche ai non aderenti alla FS che hanno rifiutato il primo invito al FIT	Indicatore per OSR 5.3 SCREENING COLO-RETTALE età 58 anni Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	Standard OSR 5.3 100%
OC 1.13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	OSR 5.4. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche	<i>Copertura da esami: Rapporto tra il valore dell'indicatore al baseline e il valore rilevato alla scadenza prevista per la valutazione del piano</i> Indicatore per OSR 5.4 SCREENING MAMMOGRAFICO: Numero donne sottoposte a test di primo livello / popolazione bersaglio annuale	Standard OSR 5.4 60%
	OSR 5.5. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per donne asintomatiche	Indicatore per OSR 5.5 SCREENING CERVICO-VAGINALE: Numero di donne sottoposte a test di screening di primo livello / popolazione bersaglio annuale	Standard OSR 5.5 50%
	OSR 5.6. Incremento dell'adesione al programma di screening con inserimento nell'attività del programma dell'attività clinica effettuata inappropriatamente per persone asintomatiche. In particolare dovrebbe essere sostanzialmente ridotta la quota di test FIT al di fuori del programma, data la mancanza di indicazioni cliniche appropriate per questo test	Indicatore per OSR 5.6 SCREENING COLO-RETTALE: Copertura da esami FIT e sigmoidoscopia: età 58-69 anni, numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT / popolazione bersaglio annuale	Standard OSR 5.6 50 (58-69 anni)
OC 1.14. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	OSR 5.7. Adozione di indirizzo programmatico per lo screening della cervice con introduzione del test HPV-DNA	Indicatore per OSR 5.7 Attuazione della DGR 21-5705 del 23/4/2013 e adozione degli indirizzi	Standard OSR 5.7.1 Sì
	OSR 5.8. Introduzione graduale del test per la ricerca del DNA del Papilloma virus umano come test primario per lo screening della cervice uterina per le donne di 30-64 anni con completa applicazione della DGR 21-5705 del 23/4/2013	Indicatore per OSR 5.8 N. di Programmi che hanno introdotto il test HPV-DNA/Totale Programmi N. inviti HPV-DNA/Totale della popolazione target	Standard OSR 5.8 6/6 90%
OC 1.15. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	OSR 5.9. Verificare le condizioni di fattibilità e le modalità più appropriate per il perseguimento di tale obiettivo a livello regionale	Indicatori per OSR 5.9 Ricognizione linee e esperienze regionali e definizione protocollo N. Programmi nei quali viene attuata l'azione almeno in via sperimentale/n. totale Programmi	Standard OSR 5.9 Disponibilità protocollo 90%
OC 1.10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	OSR 5.10. Avvio di uno studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT	Indicatore per OSR 5.10 1. Realizzazione studio di fattibilità 2. Attivazione programma, secondo modalità individuate dallo studio di fattibilità	Standard OSR 5.10 1. studio disponibile entro 31/12/2016 2. attivazione entro 31/12/2018

Macro obiettivo MO2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali			
OC 2.1. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	OSR 5.11. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Indicatore per OSR 5.11 Screening audiologico neonatale /n. punti nascita	Standard OSR 5.11 100%
OC 2.2. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	OSR 5.12. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Indicatore per OSR 5.12 Screening oftalmologico neonatale /n. punti nascita	Standard OSR 5.12 100%

Macro obiettivo MO10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria			
OC 10.10. Ridurre i disordini da carenza iodica	OSR 5.13. Proseguire monitoraggio TSH neonatale e implementare flusso informativo	Indicatore per OSR 5.13 Utilizzo del sistema standardizzato proposto dall'ISS per la trasmissione dati	Standard OSR 5.13 100%

Indicatori sentinella del programma

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
5.1.1 Screening mammografico età 50-69 aa Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	100%	100%	100,9%
5.1.1 Screening cervico-vaginale età 25-64 aa Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	100%	100%	133,0%
5.1.1 Screening colo-rettale età 58 anni Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (58 anni)	100%	100%	96,1%
5.1.2 Numero di programmi che hanno inviato la lettera informativa (offerta screening mammografico 45-49enni)/n. totale programmi (standard $\geq 50\%$ pop. bersaglio)	6/6	donne 45 enni nell'anno in corso cui è stata inviata la lettera informativa / totale popolazione bersaglio (coorte delle 45 enni del 2017) (standard: $\geq 50\%$)	5/6
5.2.1 Invitate a test HPV di primo livello nell'anno/ totale invitate nell'anno *	50%	50%	72,2%
5.3.1 Numero di programmi che hanno inviato la lettera informativa (screening coloretale)	3 (Programmi 1, 2, 5)	Per i programmi 1, 2, 5: % popolazione target a cui è inviata la lettera informativa: Programma 1: 75% Programma 2: 50% Programma 5: 100%	2/6 Attività avviata nei programmi 1 (Città di Torino) e 5 (Novara, VCO, Biella, Vercelli)
5.10.1 Avvio programma sperimentale	Individuazione territorio sperimentazione (atti regionali)	-----	Ambulatorio cardio-vascolare (ASL TO3) Nota prot. 24864 / A1409A dell'11/12/2017
5.11.2 N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico sul totale dei Punti Nascita	90%	Effettuazione dello screening audiologico in tutti i Punti Nascita documentata	100%
5.12.1 N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso sul totale dei Punti Nascita	90%	Effettuazione dello screening del riflesso rosso in tutti i Punti Nascita documentata	100%

Screening oncologici

Secondo i dati del Registro Tumori del Piemonte del 2015, il tumore della mammella è il più frequente nella popolazione femminile piemontese con circa 3.302 nuovi casi ogni anno, seguito dal tumore del colon-retto (1.786 nuovi casi ogni anno). Ogni anno 827 donne muoiono per tumore alla mammella e 746 per tumore al colon-retto. Il tumore del colon-retto è il terzo come frequenza tra gli uomini (con un numero medio annuo di 2.122 casi) e provoca 870 decessi all'anno. Il tumore della cervice uterina è divenuto una malattia rara grazie allo screening di popolazione (194 nuovi casi e 56 casi di morte nel 2015).

I tassi di mortalità per il tumore della mammella e del colon-retto sono in diminuzione: questo trend è dovuto a più fattori, tra cui la prevenzione primaria e la diffusione di terapie sempre più efficaci, grazie ad un approccio multidisciplinare e integrato, ma la diffusione dei programmi organizzati di screening, che permettono di effettuare una diagnosi precoce, o di prevenire, nel caso dei tumori della cervice uterina e del colon-retto, l'insorgenza della malattia, ha contribuito in misura importante a ridurre il rischio di ammalarsi e morire per questi tumori.

Obiettivo delle azioni è la garanzia della copertura della popolazione bersaglio dei 3 programmi di screening oncologici inseriti nei LEA.

La DGR 27-3570 del 4/07/2016 ha ridefinito l'organizzazione dei programmi di screening, in precedenza basata sui Dipartimenti interaziendali. Sono state identificate 6 aggregazioni territoriali fra aziende sanitarie, denominate "programmi", nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione delle aree territoriali omogenee. La programmazione, la rendicontazione e il monitoraggio degli obiettivi vengono predisposti dal responsabile di ciascun programma e inseriti nei piani locali di prevenzione di ciascuna azienda afferente al programma stesso. Un ulteriore elemento di novità è la disponibilità, dal 2017, di un fondo finalizzato all'attività di screening e la conseguente definizione di un budget vincolato sulla base del piano di attività di ciascun programma.

La DGR 27-3570 aveva previsto un periodo di transizione, che avrebbe dovuto concludersi nell'estate del 2017, nel corso del quale adottare le misure necessarie per la riorganizzazione dei programmi esistenti, in funzione della nuova configurazione territoriale; il ritardo nell'avvio del nuovo applicativo ha determinato uno slittamento anche nell'attivazione delle procedure necessarie a garantire l'effettiva integrazione gestionale dei nuovi programmi che riaccorpano dipartimenti pre-esistenti.

Nuova configurazione territoriale del programma di screening oncologico

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
4	7: ASL CN1, ASL CN2, ASO Santa Croce e Carle
5	5: ASL Biella, ASL Vercelli
	6: ASL Novara, ASL VCO, AOU Maggiore della Carità
6	8: ASL Asti
	9: ASL Alessandria; ASO Santi Antonio, Biagio, Cesare Arrigo

Azione 5.1.1.	Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico
Azione 5.1.2.	Screening mammografico
Azione 5.2.1.	Introduzione del test HPV-DNA
Azione 5.3.1.	Screening colo-rettale
Azione 5.3.2.	Attività FOBT

Obiettivi delle azioni: Raggiungere la piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico. Aumentare l'estensione e la copertura da esami di screening mammografico delle donne di età 45-49 anni. Implementazione del piano di introduzione del test HPV-DNA per le donne 30-64enni. Aumentare l'adesione al programma di screening con sigmoidoscopia. Aumento della proporzione di popolazione inserita nel programma di screening e riduzione delle prescrizioni.

Risultati conseguiti nell'anno

Screening mammografico

Il numero di donne piemontesi in età 50-69 rappresenta il principale target del programma di screening mammografico. La popolazione obiettivo per il 2017 era pari a 311.447 donne e nel corso dell'anno ne sono state **invitate** 312.372, cui si aggiungono 2008 adesioni spontanee, raggiungendo il **100,9%** 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 170.475, che rappresenta il **54,7%** 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 2017, in 5 programmi su 6 (3 di questi l'hanno inviata a oltre il 70% della popolazione), con un aumento della copertura rispetto all'anno precedente (6 ex-dipartimenti su 9); la necessità di mantenere il periodismo di invito per le donne 50-69enni, recuperando il ritardo degli anni precedenti, ha ridotto le risorse disponibili per l'estensione del programma alle donne 45-49enni.

Screening cervicocarcinoma

La popolazione bersaglio annuale per il 2017 corrisponde a 295.274 donne di età 25-64 (calcolata al netto delle donne che avevano eseguito tre anni prima il test HPV).

Le **invitate** in età 25-64 nel 2017 sono 392.605, pari al **133,0%** del target, percentuale che include tutta la popolazione target annuale 2017 e in più una quota di inviti rivolti a donne che avevano ricevuto l'ultimo invito da più di tre anni. Le invitate a test HPV di primo livello rappresentano il **72,2%** della popolazione target. 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 **62,3%** (N=183,31).

Screening colon retto

La popolazione bersaglio del programma con sigmoidoscopia era costituita da 62.565 persone e di queste 60.108 sono state invitate nel corso dell'anno: la copertura da **inviti** è quindi pari a **96,1%**. 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 2017 era pari a 199.616 persone, la **copertura da esami risulta del 43,4%**: 15.780 persone di 58 anni si sono sottoposte a sigmoidoscopia e 70.945 persone di età compresa tra 59 e 69 anni hanno eseguito un test FIT: 9701 di quelle che avevano rifiutato la sigmoidoscopia e 61.244 tra quelle invitate nella fascia di età 59-69 anni.

Per le strutture che erogano indagini cliniche indicate anche come esami di screening (endoscopie, mammografie, FOBT) non è ancora superata la "concorrenza" fra l'attività specialistica ambulatoriale (obiettivo riduzione liste d'attesa) e 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 2017 tale modalità è stata avviata nell'ambito del programma 1 (ASL Città di Torino) e 5 (ASL NO,

VCO, BI, VC, AOU Maggiore della Carità); per l'estensione completa è necessaria una modifica dell'applicativo di gestione del programma. A seguito dell'introduzione di questa modalità, per l'ASL Città di Torino si era osservato un iniziale aumento dell'adesione (circa 4 punti percentuali). Successivamente l'adesione è però tornata a Torino su livelli vicini a quelli osservati prima dell'avvio di questa modalità; nel programma 5 (ex Dipartimenti 5-6) l'introduzione di questa modalità non ha finora determinato sostanziali aumenti dell'adesione al primo invito che, nel 2017, si colloca al 25,2% (a fronte del 22,7% del 2016).

FOBT: la DGR n. 27-3570 del 4/07/2016 ha identificato il laboratorio regionale di riferimento (Laboratorio screening dell'AOU Città della Salute e della Scienza). Nel corso del 2017 sono state espletate le procedure di gara regionale per la fornitura della strumentazione e del materiale di consumo. È stato definito un calendario per il trasferimento di tutta l'attività di screening sul laboratorio di riferimento, che sarà completato entro il 2018. È in fase di conclusione l'attività del gruppo di lavoro, che coinvolge il coordinamento regionale screening, il centro di Riferimento regionale per la promozione della qualità e le società scientifiche, per la definizione di indicazioni all'uso appropriato del FOBT extra screening.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatori sentinella:		
Screening mammografico età 50-69 aa Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	100%	100,9%
Screening cervico-vaginale età 25-64 aa Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	100%	133,0%
Screening colo-rettale età 58 anni Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (58 anni)	100%	96,1%
Screening mammografico: età 50-69 aa Numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	51%	54,7%
Screening cervico-vaginale: età 25-64 aa Numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	47%	62,3%
Screening colo-rettale: età 58-69 aa Numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	40%	43,4%
Indicatore sentinella		
Numero di programmi che hanno inviato la lettera informativa (offerta screening mammografico 45-49enni)/n. totale programmi (standard \geq 50% pop. bersaglio)	6/6	5/6
Numero di programmi che hanno attivato le procedure di reindirizzo delle donne che richiedono prenotazione di esami di controllo al CUP/ n. totale programmi	6/6	6/6
Numero di programmi che ha avviato il programma con HPV primario	6/6	6/6
Indicatore sentinella:		
Invitate a test HPV di primo livello nell'anno/ totale invitate nell'anno *	50%	72,2%
Indicatore sentinella:		
Numero di programmi che hanno inviato la lettera informativa (screening coloretale)	3	2/6 Attività avviata nei programmi 1 (Città di Torino) e 5 (Novara, VCO, Biella, Vercelli)
Proporzione di persone aderenti al primo invito alla sigmoidoscopia	25%	25,2%
Definizione e diffusione agli operatori della lista di indicazioni ammesse (appropriatezza prescrittiva)	Diffusione della lista ai CUP (attività 2016 da recuperare)	In fase di definizione
Numero di programmi che adottano il nuovo protocollo per la prenotazione di esami extra screening	3	Protocollo non disponibile
Proporzione di esami extra-screening effettuati su persone in fascia di età di screening sul totale (screening+extra-screening)	20%	n.d.
Centralizzazione dei laboratori	Definizione delle procedure di transizione e identificazione dei laboratori di riferimento (attività 2016 da recuperare)	Identificato nel 2016 il laboratorio dell'AOU Città della Salute, presidio SGAS, come riferimento regionale. Completata la gara regionale per la fornitura della strumentazione e del materiale di consumo

* Considerata la fascia d'età 30-64 sia al numeratore che al denominatore.

Popolazione target

Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico. Estensione: donne di età 45-49 anni.

Donne di età 25-64 anni per lo screening cervico-vaginale.

Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening colo-rettale.

Attori coinvolti: Coordinamento regionale screening, Centro CPO, CRR, CSI, Dipartimenti Interaziendali di Prevenzione Secondaria dei tumori e UVOS, MMG, Strutture Ospedaliere di Radiologia, Anatomia Patologica, Ginecologia, Gastroenterologia, Chirurgia, Laboratorio Analisi, CUP, Unità di prelievo / Consultori.

Azione 5.4.1. Estensione e rafforzamento degli interventi per le donne straniere

Obiettivi dell'azione: Aumentare l'adesione delle donne straniere.

Risultati conseguiti nell'anno

La produzione del nuovo materiale multilingue per donne straniere è stata rinviata al 2019, nell'ambito del progetto per la nuova campagna informativa sul programma di screening regionale.

Nel 2017 la maggior parte delle Aziende sanitarie afferenti ai programmi di screening ha continuato a sviluppare a livello locale attività miranti a promuovere lo screening tra le donne straniere, coinvolgendo i **Consultori**, i **Centri ISI** e con **associazioni di volontariato** presenti sul territorio. Il personale sanitario e i mediatori culturali hanno continuato l'opera di diffusione dell'importanza degli screening femminili, anche mediante utilizzo del materiale informativo residuo (TO5, AT, BI).

In particolare, l'ASL Città di Torino (prog. 1) mantiene le collaborazioni con diverse realtà del volontariato organizzato per l'esecuzione dei prelievi cervico-vaginali e con i responsabili delle comunità nomadi autorizzate presenti in città, per la sensibilizzazione e l'avvicinamento ai programmi di prevenzione oncologica. Nell'ASL di Asti (prog. 6) i ginecologi e le ostetriche hanno inserito attivamente le donne straniere nello screening al momento del primo accesso in consultorio; 200 pazienti richiedenti asilo sono state inserite nello screening per il tumore della cervice. L'ASL TO3 (prog. 2) ha contattato le associazioni del territorio che si occupano di immigrazione per avviare la collaborazione; le ASL del programma 5 hanno predisposto l'elenco delle associazioni da contattare.

Popolazione target: Donne straniere assistite dal SSR, invitate nei programmi per lo screening dei tumori femminili (età: 25-69 anni)

Attori coinvolti: Operatori dei Dipartimenti interaziendali di prevenzione secondaria dei tumori, CPO, CRR, URP aziendali, mediazione culturale, Associazioni.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Diffusione del materiale informativo sul territorio/ogni anno	Almeno una volta	Diffusione del materiale informativo sul territorio nell'anno: Almeno una volta	Non ancora disponibile il materiale in fase di preparazione per la campagna informativa regionale. 3 ASL hanno diffuso materiale informativo
Identificazione e presa di contatto con le associazioni/servizi che si occupano di immigrazione	Sì	Identificazione e presa di contatto con le associazioni/servizi che si occupano di immigrazione	7 ASL hanno in corso o avvieranno collaborazioni con associazioni del territorio
Identificazione di argomenti da trattare nell'ambito di focus group e loro attuazione (almeno un incontro tra personale dello screening e rappresentanze dell'utenza straniera e/o mediatori culturali)	Sì	Almeno un incontro tra personale dello screening e rappresentanze dell'utenza straniera	2 ASL (Torino e AT)

Azione 5.4.2. Qualità dei programmi di screening

Obiettivi dell'azione: Promozione della qualità dei programmi di screening.

Risultati conseguiti nell'anno

Sono state svolte le attività previste nell'anno 2017:

- workshop regionali di presentazione dei dati;
- monitoraggio degli indicatori di performance;
- individuazione dei bisogni formativi degli operatori di screening;
- eventi formativi inerenti a tematiche di particolare interesse scientifico, per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze professionali specifiche.

Attori coinvolti: Operatori dei Dipartimenti interaziendali di prevenzione secondaria dei tumori, CPO, CRR.

Popolazione target: Operatori dei programmi di screening

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Valutazione del fabbisogno formativo degli operatori dei tre screening oncologici piemontesi sia in relazione a nuovi inserimenti di personale, che all'adozione ed applicazione di nuovi protocolli e nuove tecnologie	Effettuata valutazione	Effettuata
Progettazione dell'attività formativa annuale sulla base del bisogno informativo identificato	Effettuata	Effettuata
Realizzazione dell'attività progettata, su base annuale	Almeno 70%	90%
Copertura formativa del personale inserito negli screening oncologici piemontesi (sia in termini di dislocazione territoriale che di qualifica professionale)	Almeno 80%	100% (dislocazione territoriale)
Espletazione di tutte le pratiche relative al percorso ECM	Effettuata	Effettuata
Valutazione dei questionari di apprendimento, di gradimento dei partecipanti al termine di ogni evento	Effettuata	Effettuata

Azione 5.9.1. Interventi rivolti alle donne con rischio ereditario per tumore della mammella

Obiettivi dell'azione: Sviluppo di interventi rivolti alle donne con rischio ereditario per tumore della mammella.

Risultati conseguiti nell'anno

Il panel multidisciplinare di esperti, costituito nel 2016, che raccoglie le competenze dei programmi di screening, della rete dei servizi di genetica medica, del Registro Tumori Piemonte (RTP) e delle breast units della Rete Oncologica, ha avviato una valutazione delle possibili modalità di contatto e coinvolgimento delle donne a rischio elevato, analizzando l'esperienza della regione Emilia Romagna e ipotizzando scenari alternativi, basati su un coinvolgimento delle breast units e del RTP nell'identificazione dei casi indice.

Il protocollo è stato definito e verrà sottoposto nel 2018 ai GIC tumore della mammella della Rete Oncologica Piemonte - Valle d'Aosta.

Popolazione target: da definire in base al protocollo.

Attori coinvolti: panel di esperti regionale

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Definizione del protocollo	Definizione del protocollo e del percorso organizzativo per l'identificazione dei casi	Protocollo definito

Azione 5.10.1. Screening malattie croniche non trasmissibili

Obiettivi dell'azione: Delineare il quadro epidemiologico della popolazione destinataria del possibile programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT; attuare una ricognizione delle iniziative e risorse presenti nel territorio, nonché dei soggetti potenzialmente coinvolgibili nel network. Predisporre lo studio di fattibilità del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da sperimentare in una realtà locale selezionata.

Risultati conseguiti nell'anno

Il gruppo multidisciplinare, attivato nel 2015, ha elaborato una bozza di documento preliminare, focalizzato sulle malattie ischemiche del cuore, con approfondimenti sull'epidemiologia, gli stili di vita correlati, una ricognizione di esperienze piemontesi, i risultati di una ricerca bibliografica sull'evidenza di efficacia degli interventi riguardanti la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Il documento è stato presentato e discusso a dicembre 2016 con esperti di diverse discipline insieme ad alcuni possibili scenari di attuazione di un ipotetico programma di popolazione, che ha evidenziato ulteriori punti di vista e informazioni utili per lo sviluppo dell'azione. In particolare, non sono emersi elementi a favore dell'attivazione di un nuovo screening di popolazione, quanto piuttosto la necessità di armonizzare, sostenere e implementare iniziative già sperimentate con risultati interessanti. Lo studio ha preso in considerazione, tra le diverse esperienze attive in Piemonte, il progetto **"Cardio50"** realizzato dall'ASL TO3 su fondi CCM, finalizzato al contrasto della patologia cardio-vascolare attraverso il cambiamento degli stili di vita e l'individuazione di soggetti ipertesi, iperglicemici e ipercolesterolemici misconosciuti, mediante offerta attiva di interventi mirati ed efficaci a una coorte di popolazione sana a maggior rischio, limitatamente a una porzione del territorio ASL. A conclusione del progetto, nel 2016-2017 è stato attivato l'**"Ambulatorio cardio-vascolare"** esteso a tutto il territorio ASL, finalizzato alla riduzione della mortalità e morbosità per eventi cardiovascolari attraverso il cambiamento degli stili di vita e l'individuazione di soggetti ipertesi, iperglicemici e ipercolesterolemici misconosciuti. L'**"Ambulatorio cardio-vascolare"** consiste nell'offerta attiva a una coorte di popolazione sana a maggior rischio (8642 soggetti nati nel 1965) di interventi mirati ed efficaci. I soggetti aderenti sono stati sottoposti a valutazione del rischio individuale (strumenti di indagine della health examination survey (HES), lo **"Studio Cuore"** e **"Cardio 50"**) e informati, attraverso counselling specifico, su abitudini alimentari e stili di vita salutari e sulle iniziative volte a favorire l'attività motoria; nel caso di riscontro di ipertensione o valori alterati di glicemia o colesterolemia, sono stati invitati a rivolgersi al proprio medico di famiglia. L'adesione è stata del 36% (3138 soggetti): di questi, il 54% risulta in sovrappeso o obeso; sono stati individuati 270 iperglicemici, 527 ipercolesterolemici e 292 ipertesi misconosciuti. L'analisi dei risultati ha evidenziato che il 70% dei soggetti ha un livello trascurabile di rischio cardiovascolare, mentre il 25% dei soggetti ha un rischio incrementato e il 5% alti livelli di rischio, con valori doppi negli uomini rispetto alle donne. Il progetto ha coinvolto circa 80 operatori (assistenti sanitari e infermieri professionali) appositamente formati, operanti su 7 diverse sedi ambulatoriali. Tale esperienza, avviata a dicembre 2016 e conclusasi a novembre 2017, rappresenta la più significativa sperimentazione, sul territorio regionale, di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per malattie cardiovascolari.

Attori coinvolti: Regione Piemonte, DORS, CPO, ASL TO3, ASL CN1, ASL TO1, AOU Maggiore di Novara - Università del Piemonte Orientale. Laboratorio della Prevenzione.

Popolazione target: Soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Avvio programma sperimentale	Individuazione territorio sperimentazione (atti regionali)	Ambulatorio cardio-vascolare (ASL TO3) Nota prot. 24864 / A1409A dell'11/12/2017

- Azione 5.11.1. **Ricognizione screening neonatali**
- Azione 5.11.2. **Screening audiologico con otoemissioni**
- Azione 5.11.3. **Screening audiologico con otoemissioni e ABR**
- Azione 5.12.1. **Test con riflesso rosso**
- Azione 5.12.2. **Screening della retinopatia**

Obiettivi delle azioni: Verificare e orientare l'effettiva attuazione degli screening in tutti i punti nascita, in particolare per i percorsi di presa in carico dei neonati positivi ai test di screening. Effettuare il test con riflesso rosso in tutti i Punti Nascita per i neonati senza fattori di rischio. Effettuare lo screening della retinopatia del pretermine in tutti i neonati pretermine. Effettuare lo screening audiologico con otoemissioni in tutti i neonati. Effettuare lo screening audiologico con otoemissioni e ABR in tutti i neonati che hanno richiesto terapia intensiva neonatale.

Risultati conseguiti nell'anno

Il monitoraggio dell'attuazione degli screening atti all'identificazione precoce di alcune patologie audiologiche e oculistiche ha rilevato che anche nel 2017 **tutti i 26 punti nascita piemontesi hanno effettuato lo screening oftalmologico** (mediante esecuzione del riflesso rosso) **e lo screening audiologico** mediante otoemissioni; inoltre tutti i punti nascita dotati di terapia intensiva neonatale hanno effettuato lo screening audiologico con otomissioni e ABR e lo screening della retinopatia del pretermine. Al momento non è ancora prevista una modalità strutturata di raccolta dati. Nel 2015 è stata definita una griglia minima per raccogliere informazioni relative all'effettuazione di tali screening, utilizzata per la rilevazione annuale in ambito PLP; i dati così raccolti sono stati presentati al Coordinamento dei direttori di Dipartimento Materno-infantile, istituito con DGR n. 121-3856 del 4/08/2016 con il compito, tra gli altri, di valutare e monitorare le diverse attività inerenti il percorso nascita. Tale ricognizione mostra che, nel 2017, il 99,9% dei nati nei punti nascita piemontesi ha effettuato lo screening audiologico e il 95,7% lo screening del riflesso rosso; quest'ultimo dato è condizionato dal fatto che i nati all'ASO di Alessandria effettuano il test del riflesso rosso presso il pediatra di libera scelta e sfuggono alla rilevazione. In alcuni casi non vi è piena coincidenza tra il numero di nati e gli screening effettuati, in quanto alcuni neonati devono essere trasferiti in punti nascita con terapia intensiva. L'1% dei neonati sottoposti a screening audiologico e lo 0,5% di quelli sottoposti a test del riflesso rosso sono stati inviati al secondo livello diagnostico. Il 4% dei neonati ha necessitato di terapia intensiva; il 72,6% di questi ha effettuato lo screening audiologico con otomissioni e ABR, il 22,1% lo screening della retinopatia del pretermine.

Attori coinvolti: Settore regionale Assistenza specialistica e ospedaliera, personale Dipartimenti Materno Infantili.

Popolazione target: Operatori dei DMI delle ASL piemontesi.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Documento di indirizzo	Documento di indirizzo redatto e messo a disposizione di tutti i DMI	-----	Non disponibile
Indicatore sentinella: N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso sul totale dei Punti Nascita	90%	Effettuazione dello screening del riflesso rosso in tutti i Punti Nascita documentata	100%
N. di punti nascita che effettuano lo screening della retinopatia del pretermine sul totale dei Punti Nascita /TIN	90%	Effettuazione dello screening della retinopatia del pretermine in tutti i Punti Nascita/TIN documentata	100%
Indicatore sentinella: N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico sul totale dei Punti Nascita	90%	Effettuazione dello screening audiologico in tutti i Punti Nascita documentata	100%
N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico con otoemissioni e ABR per i neonati in terapia intensiva sul totale dei Punti Nascita	90%	Effettuazione dello screening audiologico con otoemissioni e ABR per i neonati in terapia intensiva in tutti i Punti Nascita documentata	100%

Azione 5.13.1. Monitoraggio del TSH neonatale

Obiettivi dell'azione: Verificare e mettere a regime le modalità di comunicazione dei risultati del monitoraggio del TSH neonatale all'Osservatorio Nazionale Iodoprofilassi.

Risultati conseguiti nell'anno

Il monitoraggio della iodoprofilassi nella popolazione neonatale viene realizzato attraverso il test per l'ipotiroidismo congenito (TSH neonatale) eseguito su tutti i nuovi nati; i dati anagrafici e anamnestici trasmessi dai centri nascita, attraverso il modulo cartaceo, al Centro di riferimento per lo screening neonatale di Piemonte e Valle d'Aosta (AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Ospedale Infantile Regina Margherita) vengono inseriti nel database e trasmessi al Ministero della Salute.

Nel 2017 è proseguita l'**implementazione del flusso informativo** con tutti i dati richiesti dall'Istituto Superiore di Sanità, mentre non è stata ancora avviata la prevista procedura informatizzata di inserimento richieste per i test di screening, che consentirà di completare la copertura, estendendola a tutti i neonati del bacino d'utenza (Piemonte e Valle d'Aosta) e di superare la modalità-cartoncino.

Nel 2017, rispetto ai 31.950 bambini nati in Piemonte, sono stati analizzati 36.489 campioni (alcuni ripetuti).

La qualità e la completezza dei dati trasmessi dai punti nascita sono molto soddisfacenti, in quanto il **93%** di cartoncini trasmessi riporta anche la provincia di residenza.

Attori coinvolti: Settori regionali Prevenzione e veterinaria, Assistenza specialistica e ospedaliera; Centro Screening neonatale e prenatale del Piemonte e Valle d'Aosta (AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Ospedale Infantile Regina Margherita).

Popolazione target: Operatori dei DMI delle ASL piemontesi.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2016
Utilizzo del sistema standardizzato proposto dall'ISS per la trasmissione dati	A regime	90% cartoncini trasmessi con informazioni complete	93%

6 • Lavoro e salute

Quadro degli obiettivi centrali e regionali

Macro obiettivo	MO 7 Prevenire gli infortuni e le malattie professionali		
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR 2019
OC 7.1. Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante accordo di conferenza tra Stato e Regioni	OSR 6.1. Consolidare e implementare i sistemi informativi ed il loro utilizzo	Indicatore (azione 6.1.1): report regionale descrittivo dei rischi e danni Indicatore (azione 6.1.2): anagrafe aziende con rischio cancerogeno attuale qualificato	Standard OSR 6.1 Report regionale disponibile. Una iniziativa sul territorio regionale volta ai soggetti della prevenzione
OC 7.2. Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	OSR 6.2. Aumentare la segnalazione delle malattie professionali	Indicatore (azione 6.2.1): N. di operatori sanitari formati all'utilizzo del sistema MALPROF/numero di operatori da formare Indicatore (azione 6.2.1): N. di interventi informativo/formativi rivolti ai MO-MMG-MC Indicatore (azione 6.2.1): report regionale descrittivo dei tumori ad alta frazione eziologica rilevati dai COR Indicatore (azione 6.2.1): N. di segnalazioni di patologie correlate al lavoro pervenute agli SPreSAL	Standard OSR 6.2 80% Almeno un intervento sul territorio regionale. Report regionale disponibile. + 5% rispetto al 2014
OC 7.3. Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	OSR 6.3. Sostenere le funzioni degli RLS e RLST	Indicatore (azione 6.3.1): N. di iniziative di informazione/assistenza Indicatore (azione 6.3.1): report regionale relativo alle attività svolte a supporto di RLS/RLST, imprese ed altri soggetti della prevenzione	Standard OSR 6.3 Almeno 2 iniziative sul territorio regionale. Report regionale disponibile
OC 7.4. Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale	OSR 6.4. Sostenere i soggetti della prevenzione, diffondere e promuovere l'utilizzo di strumenti di supporto alle imprese	Indicatore (azione 6.3.1): report regionale relativo alle attività svolte a supporto di RLS/RLST, imprese ed altri soggetti della prevenzione Indicatore (azione 6.4.1): aggiornamento e pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi Indicatore (azione 6.4.1): documento contenente le procedure per l'accertamento degli adempimenti relativi alla formazione	Standard OSR 6.4 Report regionale disponibile. Pubblicazione on line di almeno 2 aggiornamenti. Approvazione e diffusione documento
OC 7.5. Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	OSR 6.5. Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo	Indicatore (azione 6.5.1): predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo Indicatore (azione 6.5.1): N. di ASL che effettuano attività di informazione-vigilanza sulla tematica/totale delle ASL	Standard OSR 6.5 Approvazione e diffusione del documento. 70%
OC 7.6. Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	OSR 6.6. Consolidare i percorsi formativi nell'ambito della rete delle scuole che promuovono la sicurezza	Indicatore (azione 6.6.1): N. di percorsi formativi diretti a insegnanti delle scuole	Standard OSR 6.6 Almeno 2 moduli di aggiornamento
OC 7.7. Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	OSR 6.7. Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza fra Enti, anche attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione	Indicatore (azione 6.7.1): N. di ASL che effettuano attività di vigilanza coordinata-congiunta/ totale delle ASL Indicatore (azione 6.7.1): report regionale di attività degli OPV Indicatore (azione 6.7.2): report sull'applicazione del Piano Regionale Edilizia Indicatore (azione 6.7.3): N. di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura/ totale delle ASL Indicatore (azione 6.7.3): N. di ASL che effettuano attività di vigilanza congiunta in agricoltura/totale delle ASL	Standard OSR 6.7 80% Report regionale disponibile Report in tutte le ASL. 100% 50%
OC 7.8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	OSR 6.8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza	Indicatore (azione 6.8.1): N. di documenti di linee di indirizzo operative/check-list sulla vigilanza prodotti	Standard OSR 6.8 1 documento

Indicatori sentinella del programma

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
6.1.1 Report regionale descrittivo dei rischi e danni	Report locali disponibili sul sito della Regione, di DORS e presentati al CRC	Report locale descrittivo rischi e danni disponibile in tutte le ASL	Report redatti da tutte le ASL e disponibili sul sito della Regione
6.4.1 Aggiornamento e pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti	-----	Pubblicati sul sito web della Regione Piemonte 4 aggiornamenti
6.5.1 Predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo	Approvazione e diffusione del documento (standard 2016)	-----	Documento ancora in fase di discussione per difficoltà operative del CRC
6.6.1 N. di percorsi formativi diretti a insegnanti delle scuole	Realizzazione di un nuovo corso di formazione per insegnanti per ogni segmento formativo	-----	Realizzati 3 corsi di aggiornamento per insegnanti per ogni segmento formativo
6.7.2 Report regionale sull'applicazione del Piano Regionale Edilizia	Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza coordinata/congiunta	Trasmissione delle schede nazionali e regionali inerenti l'attività svolta dai servizi al Settore regionale	Report disponibile
6.7.3 N. di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura / totale delle ASL	80%	Trasmissione delle schede nazionali e regionali inerenti l'attività svolta dai Servizi al Settore regionale	Il 100% delle ASL ha applicato il Piano Regionale Agricoltura

Premessa - Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi centrali

Il Piano Nazionale di Prevenzione prevede complessivamente otto indicatori centrali per valutare il raggiungimento degli obiettivi prefissati: tre di tipo qualitativo, un indicatore semiquantitativo e quattro indicatori quantitativi. Le attività svolte nel corso del 2017 a livello regionale e locale sono state organizzate in modo da permetterne il raggiungimento. In particolare sono stati realizzati i report locali sui rischi e danni da lavoro, pubblicati sul sito regionale.

Nel corso dell'anno le attività sono state organizzate e condotte, a livello regionale e locale, al fine di conseguire gli standard annuali previsti nell'ambito del PRP.

Gli standard attesi degli indicatori sentinella sono stati pienamente conseguiti, tranne quello relativo all'azione 6.5.1, "Promuovere iniziative in materia di stress lavoro-correlato", in quanto nel corso dell'anno il confronto nell'ambito del CRC sul documento *Linee di indirizzo operativo in materia di stress lavoro-correlato* non è stato effettuato, stante le difficoltà operative del Comitato.

Azione 6.1.1.	Consolidare l'utilizzo dei sistemi informativi già in uso (flussi Inail-Regioni, Informo, SPRESALWeb, comunicazioni dei medici competenti ex art. 40/81) nell'ambito della programmazione regionale e locale
Azione 6.1.2.	Predisporre un sistema di archiviazione informatizzato dei Registri di esposizione ad agenti cancerogeni

Obiettivi delle azioni: inserire l'analisi dei bisogni e la programmazione tra le attività routinarie degli SPreSAL e incrementare il numero dei Registri di esposizione ad agenti cancerogeni trasmessi alle ASL e migliorare la qualità delle informazioni contenute.

Risultati conseguiti nell'anno

Nel 2017 sono state condotte diverse attività riguardanti i sistemi informativi, coordinate e monitorate nell'ambito della cabina di regia per la gestione del Sistema Informativo Regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro della Regione Piemonte.

Sono stati redatti da tutte le ASL i **report descrittivi dei rischi e danni**, sulla base dei dati flussi INAIL-Regioni aggiornati a marzo 2017, **riferiti al 2015** (indicatore sentinella). Allo scopo è stato organizzato un corso ECM a dicembre 2017 per gli operatori SPreSAL. Successivamente i report sono stati resi omogenei e pubblicati sul sito regionale. Sono stati redatti i report regionale e nazionale relativi alle attività svolte dagli SPreSAL nel 2017 condivisi nel gruppo tecnico interregionale.

È stato alimentato il sistema di sorveglianza nazionale degli infortuni mortali e gravi, attraverso la validazione e l'inserimento nel database nazionale dei casi trasmessi dai Servizi e ricostruiti con il modello Infor.Mo, ed è stato redatto il **Rapporto regionale riguardante gli infortuni mortali** per il biennio 2014-2015.

È stata implementata l'area focus "**Infotuni sul lavoro**" del sito Dors.

È proseguito l'aggiornamento dell'area tematica "sicurezza sul lavoro" del sito web della Regione Piemonte.

Sono state condotte iniziative per il **miglioramento della qualità**:

- nell'ambito di un seminario organizzato dall'ASL di Novara sulle malattie professionali, rivolto anche ai medici competenti, è stato presentato il report inerente i dati ex art. 40 DLgs 81/08;
- gli operatori dei Servizi hanno partecipato alle iniziative formative organizzate a livello regionale riguardanti le "storie di infortunio", con la finalità di condividere e validare le indicazioni per la prevenzione degli infortuni e implementare il repertorio disponibile sul web.

Si è consolidato, da parte di tutti i Servizi, l'utilizzo del sistema **SPreSALWeb**.

La principale criticità verificatasi nel 2017 riguarda il lavoro di perfezionamento e implementazione dell'applicativo SPRESALWeb, comprensivo anche del sistema di invio on-line della notifiche preliminari dei cantieri edili (art. 99 DLgs 81/08), che non è stato avviato, per difficoltà a livello regionale inerenti le modalità di utilizzo dei fondi assegnati a questo progetto. Riguardo il sistema di invio on-line della notifiche preliminari è proseguita quindi soltanto la sperimentazione in atto in alcuni comuni del Piemonte.

Riguardo l'utilizzo del software per la raccolta e l'elaborazione dei dati dei **Registri di esposizione ad agenti cancerogeni** predisposto a livello regionale, dal 12 ottobre 2017 l'INAIL ha avviato la piattaforma web dedicata alla trasmissione dei Registri di esposizione ad agenti cancerogeni da parte delle aziende che ne hanno l'obbligo, per cui il percorso previsto a livello regionale è stato sospeso. È in corso di definizione a livello regionale, in raccordo con INAIL, la procedura per consentire l'accesso ai dati da parte dei Servizi delle ASL, a cui i datori di lavoro devono consegnare copia del Registro, come stabilito dall'art. 243 c. 8 lett. a) DLgs 81/08.

Popolazione target: operatori SPreSAL, medici competenti, cittadini e imprese

Attori coinvolti: Regione, ASL, INAIL, Comuni

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Report regionale descrittivo dei rischi e danni	Report locali disponibili sul sito della Regione, di DORS e presentati al CRC	Report locale descrittivo rischi e danni disponibile in tutte le ASL	Report redatti da tutte le ASL e disponibili sul sito della Regione
Anagrafe aziende con rischio cancerogeno attuale qualificato	Utilizzo del sistema di raccolta dei dati nel 50% delle ASL	Tutte le ASL dovranno accreditarsi e avviare l'utilizzo del sistema di raccolta dati	Sospesa l'istituzione del sistema di registrazione informatizzato dei Registri a seguito dell'avvio della piattaforma INAIL dedicata

- Azione 6.2.1. **Avviare iniziative atte al miglioramento qualitativo e quantitativo delle segnalazioni di malattia professionale**
- Azione 6.2.2. **Consolidare e implementare i sistemi di registrazione dei tumori professionali**

Obiettivi delle azioni: Attivare un sistema standardizzato di registrazione e aumentare le notizie delle malattie professionali; coordinare i sistemi di registrazione di tumori ad alta frazione eziologica e attivare un sistema orientato all'emersione dei tumori a media/bassa frazione eziologica.

Risultati conseguiti nell'anno

Sono state realizzate, a livello regionale, **iniziative formative** rivolte agli operatori SPreSAL sui tumori professionali, in particolare i tumori naso-sinusali e i mesoteliomi, organizzati dall'ASL CN1:

- nel mese di aprile l'evento *"Dati italiani e futuri scenari di collaborazione europea"*, che ha coinvolto esperti della materia a diversi livelli e trattato gli aspetti inerenti l'inquadramento e classificazione dei dati (i tumori nella giurisprudenza penale, la classificazione WHO 2017 e la riclassificazione anatomopatologica dei tumori naso-sinusali) e gli aspetti relativi alla collaborazione nella raccolta dei dati, aprendo a futuri scenari verso una collaborazione europea nella ricerca genetica;
- nel mese di novembre l'evento *"I registri piemontesi dei tumori del naso e dei mesoteliomi: l'epidemiologia dei tumori ad alta frazione eziologica tra attualità e prospettive"*. Il seminario, a cui hanno partecipato come relatori gli esperti del Registro mesoteliomi piemontese e del COR-TuNS, ha trattato gli aspetti epidemiologici dei tumori ad alta frazione eziologica (cambiamenti dell'incidenza del mesotelioma maligno in Piemonte ed evoluzione del Registro tumori) nonché le tecniche di rilevazione dei dati, proponendo una revisione critica del questionario per la raccolta dei dati relativi ai mesoteliomi.

Nell'ambito dell'obiettivo di realizzare momenti informativi/formativi rivolti in particolare ai medici, al fine di fornire un quadro aggiornato sull'andamento delle malattie professionali e gli strumenti per la corretta segnalazione dei casi agli enti preposti, e contrastare quindi il fenomeno della sottotifica delle malattie professionali e della inappropriata delle segnalazioni, nel novembre 2017 si è svolto un seminario accreditato ECM rivolto a medici competenti, medici di medicina generale e medici specialisti del territorio, organizzato dall'ASL di Novara.

Non è stato possibile, per le problematiche già citate nell'Azione 6.1.1, procedere al miglioramento della sezione specifica dell'applicativo informatico SPRESALWeb in modo da renderlo più congruente con il sistema MALPROF e rendere più agevole la gestione delle segnalazioni di malattia professionale.

Sono proseguiti, a livello locale, i **protocolli per la gestione delle segnalazioni di malattie professionali** già in essere fra alcune Procure della Repubblica e ASL. Il percorso di lavoro per la definizione di un protocollo in questo ambito è stato avviato anche dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Torino in accordo con gli SPreSAL territorialmente competenti, definendo in primis il protocollo per la gestione delle notizie di ipoacusia, *Criteri per la valutazione di referti/denunce di patologie uditive di origine professionale (ipoacusie da trauma acustico cronico o da rumore)*, avente la finalità di fornire i criteri, sia all'Autorità giudiziaria che al personale SPreSAL, per la valutazione di referti/denunce di ipoacusie di sospetta origine professionale che pervengono ai Servizi e/o all'Autorità Giudiziaria e decidere quindi se archiviare la notizia o effettuare le indagini. È proseguita la raccolta dei dati di incidenza dei tumori ad alta frazione eziologica utilizzati, unitamente a quelli relativi ai profili di esposizione dei casi, per i report nazionali ReNaM e ReNaTUNS.

Popolazione target: SPreSAL, medici

Attori coinvolti: Regione, ASL, SPreSAL, COR, Procure della Repubblica

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
N. di interventi informativo/ formativi rivolti ai MO-MMG-MC	Realizzazione sul territorio regionale di almeno un intervento	-----	Intervento realizzato
Report regionale descrittivo dei tumori ad alta frazione eziologica rilevati dal COR	Definizione dei contenuti minimi	-----	I contenuti minimi del Report non sono stati definiti

Azione 6.3.1. Svolgere attività di supporto a RLS/RLST

Obiettivi dell'azione: incrementare la consapevolezza del ruolo e le conoscenze degli RLS e RLST.

Risultati conseguiti nell'anno

È stata costantemente aggiornata l'area tematica "Sicurezza sul lavoro" del sito internet della Regione Piemonte, che presenta le attività e iniziative della Regione e delle ASL effettuate in collaborazione con gli altri attori del sistema pubblico.

È proseguita l'attività dei gruppi regionali **InfoSicuri** e di redazione della **newsletter** Io scelgo la sicurezza (ISLS) (ultimo numero pubblicato a giugno 2017).

È stato implementato il sito Dors con nuove "storie di infortunio" corredate di indicazioni per la prevenzione.

Tutti i Servizi hanno sviluppato iniziative di informazione, formazione e assistenza rivolte ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza - RLS e RLST presenti sul loro territorio attraverso sportelli informativi, incontri, partecipazione ad eventi formativi e di aggiornamento organizzati da organizzazioni sindacali, RLS, RLST.

Sul territorio regionale sono stati organizzati, da parte degli SPreSAL, numerosi **eventi formativi rivolti specificamente a RLS e RLST**, in particolare: un intervento formativo nei confronti di RLS-RSU di tutti i comparti e 4 incontri su tematiche specifiche del settore di appartenenza (ASL AL); una iniziativa su valutazione dei rischi occupazionali e differenze di genere, in condivisione con il Tavolo Interassociativo per la prevenzione (ASL BI); 2 eventi con RLS di aziende del territorio riguardanti "Regolamento REACH: guida alla lettura delle nuove schede di sicurezza" e "Rischi da ambienti confinati" (ASL TO5); un corso di formazione di 64 ore per RLS in collaborazione con l'Ente Scuola Edile (ASL VCO).

Alcuni Servizi hanno svolto questa attività nell'ambito degli Enti Bilaterali/Organismi paritetici: un incontro tra organi di vigilanza (SPreSAL, INPS, ITL) e i rappresentanti dell'Ente Bilaterale dell'artigianato (EPAB) sul ruolo del RLST e importanza dell'Ente Bilaterale (ASL AT); partecipazione ad incontri specifici con Organismi Paritetici (ASL BI).

L'ASL di Novara ha organizzato, con la partecipazione attiva anche di INAIL Novara, Ispettorato del lavoro e ANMIL, un evento formativo della durata di una settimana: "Promuoviamo la cultura della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro: un percorso per conoscere chi fa prevenzione nel territorio novarese", rivolto ai diversi soggetti della prevenzione, compresi gli RLS/RLST. Gli eventi formativi hanno riguardato vari argomenti: lavoratori sani e sicuri ad ogni età, ambienti di lavoro sani e sicuri ad ogni età, movimentazione manuale dei carichi in edilizia, valutare per prevenire le patologie muscolo scheletriche da movimentazione manuale dei carichi in agricoltura.

Popolazione target: RLS e RLST.

Attori coinvolti: Regione, SPreSAL, Organizzazioni sindacali.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
N. di iniziative di informazione/assistenza	Realizzazione sul territorio regionale di almeno 2 iniziative	-----	Realizzate sul territorio regionale 9 iniziative di informazione/assistenza rivolte specificamente a RLS e RLST

Azione 6.4.1.	Fornire indicazioni operative per la formazione in materia di igiene e sicurezza del lavoro
Azione 6.4.2.	Promuovere iniziative di formazione e assistenza alle imprese ed ai soggetti della prevenzione

Obiettivi delle azioni: Fornire indicazioni utili alla progettazione, alla realizzazione, alla fruizione e al controllo dei corsi di formazione previsti dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro e incrementare la conoscenza e diffondere le buone prassi.

Risultati conseguiti nell'anno

È proseguito l'aggiornamento degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi, attraverso il lavoro della Commissione regionale per la verifica dei requisiti dei soggetti formatori, costituita in seno al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del DLgs 81/08 e rappresentativa delle forze sociali, degli enti e degli organi di vigilanza. Nel 2017 sono stati pubblicati nel sito web della Regione Piemonte 4 aggiornamenti.

È stato approvato, con DD 9 marzo 2017 n. 159, il documento *Procedure per l'accertamento degli adempimenti relativi alla formazione alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al DLgs 81/08 e s.m.i.*, che costituisce l'aggiornamento dell'analogo documento pubblicato nel 2016, con DGR n. 17-4345 del 12/12/2016. Il documento è stato successivamente diffuso agli SPreSAL.

A livello locale, sulla base delle indicazioni fornite dal documento, sono state condotte numerose iniziative di vigilanza, informazione e formazione rispetto agli obblighi in materia.

Per quanto riguarda l'informazione e assistenza, si richiamano le attività sono state svolte menzionate nell'azione 6.3.1: gruppo InfoSicuri, newsletter "lo scelgo la sicurezza (ISLS)", sito DORS.

A livello locale, tutti i Servizi hanno mantenuto la ormai consolidata attività di supporto ai soggetti della prevenzione attraverso sportelli informativi, incontri e partecipazione ad eventi formativi.

Numerose sono le iniziative di informazione e formazione organizzate dalle ASL, in collaborazione anche con altri Enti/Associazioni, riguardanti diversi settori e argomenti (sicurezza in agricoltura e negli allevamenti, diffusione buone prassi e interventi di prevenzione efficace, prevenzione dei rischi nel settore edile e lapideo, ambienti confinati, aggressività dell'utenza nei confronti degli operatori, infortuni e malattie professionali, ecc.). Le iniziative hanno coinvolto imprese e altri soggetti della prevenzione, medici competenti, associazioni datoriali e di categoria, ordini professionali, enti bilaterali, ecc.

Il confronto nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento (CRC) sulla promozione di buone prassi e buone pratiche, il report e le attività conseguenti non sono stati realizzate per difficoltà operative del CRC.

Popolazione target: SPreSAL, soggetti della prevenzione (datori di lavoro, RSPP, coordinatori per la sicurezza, lavoratori, ecc.).

Attori coinvolti: Regione, SPreSAL, CRC.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Aggiornamento e pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti	-----	Publicati sul sito web della Regione Piemonte 4 aggiornamenti
Report regionale sulle attività di promozione svolte	Report contenente i risultati del confronto nell'ambito del CRC sulle priorità per la promozione di buone prassi/buone pratiche e dei risultati del censimento delle buone prassi/buone pratiche effettuato sulla base delle priorità indicate dal CRC (standard 2015-2016) Report contenente i risultati delle attività di diffusione delle buone prassi/buone pratiche individuate (standard 2017)	-----	Il confronto nell'ambito del CRC, il report e le attività conseguenti non sono stati realizzati per difficoltà operative del CRC

Azione 6.5.1. Promuovere iniziative in materia di stress lavoro-correlato

Obiettivi dell'azione: migliorare il benessere organizzativo nelle aziende pubbliche e private.

Risultati conseguiti nell'anno

A livello regionale l'attività prevista di approvazione e diffusione del documento *Linee di indirizzo operativo in materia di stress lavoro-correlato*, predisposto da esperti di ASL TO1, TO3, CN2, non si è sviluppata per difficoltà operative del CRC, per cui il documento, a cui alcuni componenti avevano fatto osservazioni, è ancora in fase di discussione.

La Regione ha nominato un rappresentante nell'ambito del gruppo di lavoro specifico sul rischio stress lavoro-correlato che fa capo al Gruppo Tecnico Interregionale per la salute e sicurezza sul lavoro.

Tutte le ASL hanno effettuato attività di vigilanza, informazione e assistenza sulla materia, e hanno relazionato in merito nella Rendicontazione locale 2017.

Popolazione target: operatori SPreSAL, soggetti della prevenzione (datori di lavoro, RSPP, medici competenti, lavoratori, associazioni datoriali e di categoria, ordini professionali, ecc.).

Attori coinvolti: Regione, ASL, Università.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo	Approvazione e diffusione del documento (standard 2016)	-----	Documento ancora in fase di discussione per difficoltà operative del CRC
Nr di ASL che effettuano attività di informazione-vigilanza sulla tematica / totale delle ASL	30%	Tutte le ASL dovranno relazionare, nell'ambito della rendicontazione annuale del PLP, sulle attività di informazione-vigilanza effettuate sulla tematica	Tutte le ASL hanno effettuato attività di informazione-vigilanza sulla tematica

Azione 6.6.1. **Interventi formativi rivolti al mondo della scuola**

Obiettivi dell'azione: supportare le scuole nella gestione e sicurezza del lavoro.

Risultati conseguiti nell'anno

Nel 2017 è proseguita l'attività formativa organizzata a livello regionale per il settore scolastico, rivolta in particolare al personale docente. In particolare sono stati realizzati **tre corsi di aggiornamento** rivolti a insegnanti con un ruolo nei servizi SPP specifici per:

- insegnanti della scuola primaria (35 insegnanti);
- insegnanti della scuola secondaria di primo grado (35 insegnanti);
- insegnanti della scuola secondaria di secondo grado (35 insegnanti).

A livello locale sono state riproposte esperienze di formazione diretta degli allievi delle scuole promosse dagli SPreSAL. Gli interventi hanno privilegiato gli istituti ad indirizzo tecnico e professionale.

Popolazione target: Personale della scuola.

Attori coinvolti: ASL, USR-MIUR, INAIL, Regione, docenti delle scuole.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: N. di percorsi formativi diretti a insegnanti delle scuole	Realizzazione di un nuovo corso di formazione per insegnanti per ogni segmento formativo	-----	Realizzati 3 corsi di aggiornamento per insegnanti per ogni segmento formativo

Azione 6.7.1.	Promuovere il coordinamento della attività di vigilanza fra Enti
Azione 6.7.2.	Applicazione del piano mirato di sicurezza in edilizia
Azione 6.7.3.	Applicazione del piano mirato di sicurezza in agricoltura

Obiettivi delle azioni: coordinare l'attività di vigilanza per una maggiore efficacia degli interventi e promuovere piani mirati di prevenzione.

Risultati conseguiti nell'anno

Nel 2017 la Regione ha monitorato l'attività di coordinamento svolta dagli OPV, ha raccolto i report dell'attività svolta a livello locale nel 2016 e predisposto il relativo report regionale.

A livello locale l'**attività degli OPV** è proseguita, sia attraverso la vigilanza congiunta, sia attraverso attività di informazione/formazione e l'incremento degli scambi informativi fra gli Enti componenti gli OPV. L'attività congiunta è stata effettuata anche con enti esterni all'Organismo (ARPA, Polizia Municipale, Polizia di Stato, Carabinieri, ecc.). Tutte le ASL hanno effettuato attività coordinata-congiunta con altri Enti.

Nel settore edile i cantieri ispezionati congiuntamente ad altri Enti sono stati 242, raggiungendo l'obiettivo del 10% del numero di cantieri da controllare assegnato dalla programmazione regionale alle ASL (obiettivo tendenziale per il territorio regionale: 2.400).

Per l'agricoltura le aziende controllate sono state 50, pari all'8,8% del numero di aziende agricole da controllare assegnato dalla programmazione regionale alle ASL (600), superando quindi l'obiettivo del 5% stabilito. Oltre ai settori edilizia e agricoltura, sono state controllate anche 109 aziende di altri comparti (industria metalmeccanica, industria metallurgica, industria chimica e del petrolio, industria cartaria, stampaggio gomma e materie plastiche, industria legno, industria alimentare, industria tessile, logistica, locali di pubblico spettacolo, servizi, trasporti, commercio, preparazione e somministrazione alimenti, ecc.).

Le attività degli OPV sono state puntualmente rendicontate.

Tutti i Servizi hanno svolto attività di vigilanza nel **settore edile** secondo le indicazioni del "Piano sicurezza in edilizia", ispezionando complessivamente sul territorio regionale 2.220 cantieri (a fronte di 1920 richiesti quale obiettivo minimo), pari al 8,28% delle notifiche pervenute (26.790). Nel 40,31% dei casi sono stati rilevati cantieri non a norma. Complessivamente le aziende controllate sono state 5.640, i soggetti controllati (committenti e/o responsabili dei lavori, coordinatori per la sicurezza, imprese, lavoratori autonomi) 6.083, i verbali con prescrizione notificati 1.500. Maggiori dettagli sono disponibili nei dati trasmessi da ogni singola ASL e nei report di attività dei Servizi.

Sono state, inoltre, svolte attività di informazione e assistenza a livello locale, attraverso sportelli informativi e incontri specifici inerenti l'edilizia, di cui si è relazionato anche nell'Azione 6.4.2.

È stato realizzato un corso per gli operatori degli SPreSAL, "Salute e sicurezza in edilizia: quali prospettive?".

Tutti i Servizi hanno svolto attività di vigilanza nel **settore agricolo** secondo le indicazioni del "Piano sicurezza in agricoltura", ispezionando complessivamente 749 aziende. Nel corso delle attività di controllo le ASL hanno raccolto, mediante la compilazione di 567 schede di sopralluogo, diverse informazioni su macchine e attrezzature, aspetti connessi all'uso di prodotti fitosanitari e sanzioni comminate. 9 ASL hanno effettuato vigilanza congiunta, pari al 75%.

Maggiori dettagli sono disponibili nei dati trasmessi da ogni singola ASL e nel report regionale *Sicurezza nelle aziende agricole. Report dei controlli dei servizi SPRESAL 2010-2016*.

Popolazione target: Aziende pubbliche e private, medici competenti, altri soggetti sottoposti a vigilanza; committenti, imprese affidatarie, imprese esecutrici, lavoratori autonomi, preposti, coordinatori per la sicurezza, aziende agricole, lavoratori autonomi, contoterzisti, aziende di commercio e riparazione di macchine agricole.

Attori coinvolti: Regione, SPreSAL, Direzioni Territoriali del Lavoro, INPS, INAIL (con la componente ex-ISPESL), Direzione Regionale, Comandi Provinciali dei Vigili del Fuoco, altri Enti e organi di controllo, associazioni datoriali e di categoria.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Report regionale di attività degli OPV	Report regionale	Report annuale di attività degli OPV	Report disponibile
N. di ASL che effettuano attività di vigilanza coordinata-congiunta / totale delle ASL	40%	Report annuale di attività degli OPV	100%
Indicatore sentinella: Report regionale sull'applicazione del Piano Regionale Edilizia	Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza coordinata/congiunta	Trasmissione delle schede nazionali e regionali inerenti l'attività svolta dai servizi al Settore regionale	Report disponibile
Indicatore sentinella: N. di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura / totale delle ASL	80%	Trasmissione delle schede nazionali e regionali inerenti l'attività svolta dai Servizi al Settore regionale	Il 100% delle ASL ha applicato il Piano Regionale Agricoltura
N. di ASL che effettuano attività di vigilanza congiunta in agricoltura / totale delle ASL	40%	Trasmissione, da parte di tutte le ASL, dei dati relativi alla vigilanza congiunta in agricoltura in ambito OPV	Il 75% delle ASL ha effettuato attività di vigilanza congiunta in agricoltura

Azione 6.8.1. Definizione di linee di indirizzo operativo e check list per l'attività di vigilanza

Obiettivi dell'azione: predisporre linee di indirizzo operativo e adottare strumenti comuni nell'attività di vigilanza.

Risultati conseguiti nell'anno

Sono stati predisposti a livello regionale due documenti, finalizzati a migliorare l'omogeneità di intervento da parte dei Servizi e fornire alle imprese e agli altri soggetti della prevenzione indicazioni utili per le attività di prevenzione:

- **Linee di indirizzo operativo per la redazione dei Piani di lavoro di demolizione/rimozione amianto** (art. 256 D. Lgs. 81/08 e s.m.i.), contenenti le indicazioni per la redazione dei Piani di lavoro per la rimozione di manufatti contenenti amianto in matrice compatta (coperture, camini e tubazioni) e in matrice friabile. Il documento fornisce indicazioni generali per la gestione dei Piani di lavoro che pervengono alle Strutture SPreSAL e comprende due schede specifiche, per ciascuna matrice, con i contenuti minimi per la valutazione dei piani di lavoro, in linea con l'obiettivo del modello unico per la presentazione dei piani di lavoro di rimozione amianto, in attuazione del Piano regionale amianto 2016-2020. Il documento è stato approvato con DGR 34-6629 del 16 marzo 2018. Nell'ambito del percorso per la redazione delle Linee di indirizzo operativo, è stato organizzato a livello regionale, in due edizioni, il corso di formazione *Il sistema amianto in Piemonte*, rivolto agli operatori delle strutture SPreSAL, SISP e di ARPA;

- **Procedure per l'accertamento degli adempimenti relativi alla formazione alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. 81/08 e s.m.i.**, approvato con DD 9 marzo 2017, n. 159. Il documento è un aggiornamento del documento approvato nel 2016 con DGR n. 17-4345 del 12/12/2016, *Indicazioni operative per la formazione alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro*, e intende essere di supporto all'attività di vigilanza dei Servizi SPreSAL riguardo l'obbligo della formazione.

Non è stata sviluppata la check list per l'attività di vigilanza in edilizia riguardante gli aspetti minimi di controllo per il contenimento del rischio seppellimento e del rischio di investimento e ribaltamento da macchine operatrici, dati i cambiamenti verificatisi nella composizione del gruppo e la riorganizzazione dello stesso. L'attività sarà svolta nel 2018.

La programmazione regionale annuale 2017 ha fornito agli SPreSAL le indicazioni e gli standard per la programmazione della loro attività nell'ambito dei Piani Locali di Prevenzione.

I Servizi hanno svolto un'importante funzione di vigilanza e controllo nelle aziende pubbliche e private di tutti i comparti, compresa edilizia e agricoltura, al fine di prevenire gli infortuni, oltre che le malattie professionali, come già descritto in altre azioni. Tale attività è stata esercitata anche nei confronti dei lavoratori autonomi e

degli altri soggetti che hanno obblighi in materia di igiene e sicurezza del lavoro. La vigilanza è stata effettuata sulla base delle linee di programmazione e degli standard numerici stabiliti a livello regionale.

Riguardo l'indicatore previsto dal sistema di monitoraggio dei LEA, **il Piemonte ha controllato il 5,47% delle 186.849 aziende** presenti sul territorio regionale, pari a 10.042 unità, suddivise in 5.640 aziende edili, 749 aziende agricole, 3.653 aziende di vari altri comparti e 173 aziende controllate per il rilascio di pareri; è stato quindi rispettato lo standard del 5% delle aziende da controllare rispetto alle aziende presenti sul territorio.

Rispetto alle altre attività svolte dai Servizi si riportano alcuni dati di sintesi:

- 1.044 inchieste infortuni;
- 804 inchieste per malattia professionale;
- 8.187 sopralluoghi effettuati;
- 6.924 interventi di vigilanza nei luoghi di lavoro, compresi i cantieri edili, di cui 2.645 con riscontro di irregolarità;
- 2.926 verbali redatti nei confronti dei diversi soggetti responsabili individuati;
- 4.159 punti di prescrizione impartiti;

Maggiori dettagli sono disponibili nei dati trasmessi da ogni singola ASL, raccolti nei report di attività dei Servizi.

Popolazione target: SPreSAL, aziende pubbliche e private, RSPP, lavoratori autonomi, medici competenti, professionisti, altri soggetti della prevenzione.

Attori coinvolti: Regione, SPreSAL, Autorità giudiziaria.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
N. di documenti di linee di indirizzo operative/check list sulla vigilanza prodotti	N. 1 documento (Linee di indirizzo operativo per la corretta esecuzione dei lavori di rimozione amianto: modello unico per la presentazione dei piani di lavoro)	-----	Documento predisposto

7 • Ambiente e salute

Quadro degli obiettivi centrali e regionali

Macro obiettivo	MO 8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute		
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR 2019
OC 8.1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della “Salute in tutte le politiche”	OSR 7.1. Integrare le azioni dei settori istituzionali dell’Ambiente e della Sanità a livello regionale e locale	Indicatori per OSR 7.1 Disponibilità di documenti annuali di programmazione integrata Disponibilità di report annuali di attività della rete dei referenti locali	Standard OSR 7.1 Sì Sì
OC 8.2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	OSR 7.2. Approfondire la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: pianificazione concordata delle attività di monitoraggio in campo ambientale; definizione ed attuazione di un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica in campo ambientale	Indicatori per OSR 7.2 Esistenza di un accordo per la pianificazione di massima del monitoraggio ambientale tra i soggetti interessati Disponibilità di un report annuale sugli studi effettuati in campo ambientale	Standard OSR 7.2 Sì Sì
OC 8.3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	OSR 7.3. Migliorare la valutazione dell’impatto ambiente-salute a livello locale	Indicatore per OSR 7.3. Definizione di un atto di indirizzo regionale a supporto di valutatori e proponenti in recepimento delle linee guida nazionali	Standard OSR 7.3 Sì
OC 8.4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	OSR 7.4. Migliorare la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti a livello locale	Indicatore per OSR 7.4. Definizione di modello organizzativo minimo per la gestione locale delle istanze provenienti dalla popolazione	Standard OSR 7.4 Sì
OC 8.5. Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell’ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	OSR 7.5. Formare gli operatori della sanità e dell’ambiente sui temi dell’impatto ambiente salute	Indicatori per OSR 7.5 Atto di recepimento del curriculum formativo redatto a livello nazionale Adesione al corso nazionale di formazione per formatori Proporzione di operatori formati	Standard OSR 7.5 Sì Sì ≥ 50%
OC 8.6. Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	OSR 7.6. Adeguare il modello di comunicazione del rischio alle linee di indirizzo nazionali	Indicatore per OSR 7.6. Atto formale di recepimento delle linee guida ministeriali	Standard OSR 7.6 Sì
OC 8.7. Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l’uomo e per l’ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	OSR 7.7. Predisporre programmi di controllo in materia di REACH/CLP ed individuare indicatori	Indicatore per OSR 7.7. Esistenza di un sistema di indicatori documentato e monitorato	Standard OSR 7.7 Sì
OC 8.8. Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all’uso e alla gestione delle sostanze chimiche	OSR 7.8. Sviluppare adeguate conoscenze tra tutti gli operatori dei servizi pubblici interessati all’uso e alla gestione delle sostanze chimiche	Indicatore per OSR 7.8. Realizzazione di corsi di formazione per operatori	Standard OSR 7.8 Almeno un corso effettuato a livello regionale
OC 8.9. Contribuire alla conoscenza dell’impatto della problematica amianto sulla popolazione	OSR 7.9. Realizzare un registro di lavoratori esposti all’amianto e definire un protocollo e dei programmi di sorveglianza sanitaria	Indicatore per OSR 7.9. Esistenza presso il COR Piemonte del registro dei lavoratori esposti all’amianto	Standard OSR 7.9 Sì
	OSR 7.10. Definire un insieme sinergico di attività, sia sul piano ambientale che su quello sanitario, in grado di minimizzare l’impatto sulla salute della presenza sul territorio di amianto naturale e di materiali contenenti amianto	Indicatore per OSR 7.10. Approvazione del PRA tramite Deliberazione di Giunta Regionale	Standard OSR 7.10 Sì, conseguito nel 2016
OC 8.10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione e/o ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	OSR 7.11. Promuovere buone pratiche in materia di sicurezza e qualità dell’ambiente indoor anche in relazione al rischio radon	Indicatore per OSR 7.11. Disponibilità di 1 linea di indirizzo per la costruzione/ristrutturazione degli edifici	Standard OSR 7.11 Sì
OC 8.11. Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	OSR 7.12. Sensibilizzare la popolazione pediatrica sul corretto uso della telefonia cellulare	Indicatore per OSR 7.12. Disponibilità di un pacchetto formativo	Standard OSR 7.12 Sì
OC 8.12. Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani ed i giovanissimi ed i professionisti coinvolti, sui rischi legati all’eccessiva esposizione a radiazioni UV	OSR 7.13. Prevenire i rischi legati all’eccessiva esposizione a radiazioni UV di origine artificiale attraverso la vigilanza e la sensibilizzazione della popolazione	Indicatore per OSR 7.13. Interventi informativi alla popolazione giovanile	Standard OSR 7.13 Sperimentazione del pacchetto in almeno 1 ASL

Indicatori sentinella del programma

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
7.2.1 Pubblicazione di un protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale	Report di attività del gruppo di lavoro sul biomonitoraggio	----	Report non disponibile
7.2.2 Atlante regionale Ambiente Salute	Pubblicazione seconda parte Atlante Regionale	----	seconda parte Atlante Regionale disponibile
7.7.1 Documento di formalizzazione annuale del Piano Regionale per le attività di controllo REACH-CLP	1 documento formalizzato	----	DD n. 371 del 07/06/2017
7.7.1 Numero di controlli effettuati su quanti previsti nel Piano Regionale per le attività di controllo	≥ 80%	Partecipazione del referente REACH ad almeno 80% dei controlli	100%
7.8.1 Realizzazione corso di formazione per ispettori REACH/CLP	Almeno un corso effettuato a livello regionale	Per tutte le ASL: garantire la partecipazione dei referenti REACH-CLP delle ASL al corso regionale di aggiornamento	Corso svolto il 29 maggio 2017
7.13.1 N. di interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti/n. di interventi di controllo programmati	11/12	Almeno 2 interventi per ciascuna ASL	- Tutte le ASL hanno effettuato interventi - 27 interventi effettuati/24 programmati

Azione 7.1.1 **Costituire e promuovere l'operatività di un gruppo di lavoro regionale di coordinamento Ambiente-Salute**

Obiettivi dell'azione: Identificare ruoli e responsabilità. Integrare competenze e professionalità. Integrare la programmazione ASL, IZS, ARPA.

Risultati conseguiti nell'anno

Nel 2017 la ricostruita rete dei referenti "Ambiente e Salute" (gruppo di coordinamento regionale e referenti locali) ha fornito il supporto alle azioni del programma 7 per conseguire gli obiettivi indicati dal livello centrale. Il gruppo di lavoro regionale, composto da rappresentanze della Direzione Regionale Sanità - Settore Prevenzione e Veterinaria, dell'ARPA, dell'IZS e delle ASL, ha elaborato la **programmazione annuale** delle attività relative al programma 7 del PRP 2017, concordando tra gli enti specifiche azioni congiunte descritte nel Piano: il PRP 2017 (DD n. 268 del 18/04/2017), congiuntamente con l'atto di indirizzo e la programmazione ARPA 2016-2018, costituiscono i documenti di programmazione integrata di cui all'indicatore.

I verbali delle riunioni e le deliberazioni programmatiche conseguenti documentano inoltre l'impegno degli Enti alla **programmazione integrata** delle attività raccomandate dal Piano Nazionale della Prevenzione e finalizzate alla tutela dell'ambiente e della salute.

In particolare si citano il verbale del Comitato regionale di indirizzo del 17/7/2017, contenente l'atto di indirizzo per ARPA per il triennio 2017-2019, approvato con Decreto del Direttore Generale n. 61 del 25/09/2017, con declinazione degli obiettivi operativi ARPA 2017, comprendenti l'obiettivo ARPA 2.1.2 ("Sviluppare le attività dell'Agenzia previste dal Piano Regionale della Prevenzione per gli anni 2016, 2017, 2018"). In ARPA l'attività prevista è stata declinata previo accordo tra le varie strutture agenziali interessate, svolta nei tempi previsti e puntualmente rendicontata.

Il gruppo di coordinamento del programma ha inoltre condotto il **monitoraggio delle azioni** previste per il 2017, anche in relazione all'esigenza di rimodulazione / proroga del PRP al 2019, e ha garantito la partecipazione ai tavoli di lavoro nazionali come descritto ai punti successivi.

A livello locale, la programmazione delle attività è stata declinata nelle ASL attraverso il Piano Locale di Prevenzione integrando, ove possibile, i diversi Servizi al fine di garantire la concorrenza di più competenze nella valutazione progettuale di nuovi insediamenti, gestione di problematiche trasversali quali amianto e i fitosanitari, partecipazione alle Conferenze dei Servizi.

Sono stati programmati con ARPA i sopralluoghi congiunti relativi alle apparecchiature abbronzanti.

Il programma annuale di vigilanza e controllo negli ambienti di vita è stato declinato secondo le indicazioni regionali fornite con specifico documento (vedi anche successivo punto 7.11.1).

Le ASL interessate hanno garantito la partecipazione degli operatori coinvolti dal gruppo regionale.

Popolazione target: Gli operatori dell'Ambiente e della Sanità.

Attori coinvolti/ruolo: Operatori del gruppo di lavoro regionale e locale.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Disponibilità di documenti annuali di programmazione integrata	1 documento disponibile	PRP 2017 - Programma 7 Atto di indirizzo ARPA + programmazione ARPA 2017-2019

Azione 7.1.2 Sostenere la Rete territoriale dei referenti del progetto Ambiente e Salute di cui alla DD n. 37 del 15/3/2007

Obiettivi dell'azione: Facilitare la comunicazione verticale tra Regione e ASL. Promuovere l'integrazione tra i diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle ASL.

Risultati conseguiti nell'anno

Con DD n. 408 del 21/6/2017 la Direzione Sanità - Settore Prevenzione e Veterinaria ha approvato la **riedizione del progetto "Ambiente e Salute"** (di cui alla DD n. 37 del 15/3/2007) assegnando alla ASL NO il finanziamento necessario per l'assegnazione di 6 borse di studio finalizzate a supportare le azioni PRP/PLP. Con una prima selezione avvenuta il 9/10/2017 sono state assegnate tre borse di studio per biologi assegnati alle ASL Città di Torino, TO5 e NO; con una successiva selezione sarà completata la rete (ASL CN1 e AT) coordinata a livello regionale.

Il gruppo di biologi coadiuverà il tavolo di lavoro regionale nelle attività centrali (formazione, redazione di documenti di indirizzo / linee guida, revisione della letteratura) e faciliterà il collegamento con le ASL.

La realizzazione delle attività di supporto alle politiche ambientali secondo il modello della "salute in tutte le politiche" non può prescindere dal coinvolgimento strategico e operativo delle ASL.

In 11 ASL su 12 è stato identificato un referente "Ambiente e Salute" ed è stato formalizzato un tavolo di lavoro integrato all'interno del Dipartimento di Prevenzione; l'ASL Città di Torino, a causa della riorganizzazione in corso, non ha ancora provveduto.

I referenti, con il supporto del tavolo, garantiscono la rendicontazione delle attività locali previste dal programma nell'ambito della relazione annuale PLP.

Popolazione target: Gli operatori dei Servizi del Dipartimento e dell'Ambiente.

Attori coinvolti/ruolo: Operatori del tavolo di lavoro regionale e locale.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Disponibilità di report annuali di attività della rete dei referenti locali	1 report annuale per ogni ASL che ha formalizzato il gruppo	Rendicontazione PLP – attività del programma 7 e Rendicontazione attività SISP	Tutte le ASL hanno rendicontato le attività del programma 7 e le attività SISP

Azione 7.2.1 **Predisporre un programma di monitoraggio degli inquinanti ambientali a cui è esposta la popolazione del Piemonte**

Obiettivi dell'azione: Concordare una pianificazione delle attività di monitoraggio in campo ambientale su aree a contaminazione nota e ignota. Definire protocolli di biomonitoraggio su uomo e animali in casi selezionati.

Risultati conseguiti nell'anno

Sono state avviate le attività del gruppo di lavoro regionale sul biomonitoraggio, istituito con nota regionale del 21/12/2016, che dovrà predisporre entro il 2019 un Protocollo regionale per la disciplina delle attività di biomonitoraggio in campo umano e animale in aree di commistione presente o passata delle attività agricole-zootecniche con quelle di tipo industriale. Il gruppo ha diffuso presso portatori di interesse e operatori ASL le [Linee guida per l'applicazione del biomonitoraggio umano e animale in situazioni di contaminazione ambientale](#), predisposte dall'Area di Epidemiologia dell'ARPA e dal Servizio di Biostatistica, Epidemiologia e Analisi del Rischio dell'Istituto Zooprofilattico, insieme a due *case studies* individuati, al fine di raccogliere osservazioni e contributi.

La redazione del protocollo regionale per la disciplina delle attività di biomonitoraggio umano e animale (prevista dall'indicatore sentinella), a causa di problemi organizzativi del gruppo di lavoro regionale, è stata rinviata al 2019. Come riportato nel report annuale delle attività 2017 di biomonitoraggio, predisposto dall'IZS, in alcune specifiche aree piemontesi sono stati programmati o condotti **approfondimenti epidemiologici** sulla base dei risultati di attività di controllo pregresse o grazie allo svolgimento di attività di monitoraggio dedicate. In particolare è stata redatta una proposta di biomonitoraggio animale da applicarsi all'area del termovalorizzatore di Torino, mentre sono state condotte attività di campionamento e analisi nell'area di Carisio e dei comuni circostanti.

Per quanto riguarda gli effetti dell'inquinamento che aveva origine nell'area di **Pieve Vergonte**, è stato concordato e redatto con le Regioni Piemonte e Lombardia un piano di biomonitoraggio, da parte dell'IZS, a valle dell'area, sui pesci del lago Maggiore. L'attività di prelievo e analisi mirata alla quantificazione di DDT e diossine sarà condotta con il coinvolgimento dell'ASL di VC a partire dalla primavera 2018.

Le ASL coinvolte hanno assicurato la partecipazione dei propri operatori al gruppo di lavoro regionale sul biomonitoraggio sopra citato.

Le ASL TO3 e VC, e in particolare i servizi veterinari, hanno condotto le attività di monitoraggio o gli approfondimenti epidemiologici concordati a livello regionale e hanno partecipato alla stesura delle relative reportistiche.

Popolazione target: Popolazione delle aree adiacenti al Termovalorizzatore di Torino e area di Carisio (Vc).

Attori coinvolti/ruolo: Operatori del Tavolo di lavoro regionale. Componenti del gruppo di lavoro regionale sul biomonitoraggio istituito con nota del Settore Prevenzione e Veterinaria prot. n. 25723 del 21.12.2016. Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Attuazione del programma di monitoraggio ambientale	1 report annuale per almeno 1 matrice tra quelle monitorate	Report annuale delle attività 2017 di biomonitoraggio disponibile
Indicatore sentinella: Pubblicazione di un protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale	Report di attività del gruppo di lavoro sul biomonitoraggio	Report non disponibile

Azione 7.2.2 **Predisporre un piano pluriennale di sorveglianza epidemiologica delle patologie correlate a esposizioni ambientali**

Obiettivi dell'azione: Ampliare le conoscenze epidemiologiche sugli effetti dei contaminanti ambientali (radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, rumore, sostanze chimiche di origine industriale ed agricola) in diverse matrici: aria, acqua, suolo.

Risultati conseguiti nell'anno

Nel 2017 sono stati condotti i seguenti **studi epidemiologici**:

- studio dell'impatto regionale sulla salute dell'inquinamento atmosferico;
- studio sui rischi a lungo termine dell'inquinamento atmosferico in Italia ed in Piemonte;
- studio sui rischi a lungo termine dell'inquinamento atmosferico a Torino;
- studio dei rischi derivanti dall'esposizione a rumore a Torino;
- studio sugli effetti a breve termine del termovalorizzatore di Torino;
- studio epidemiologico sui 17 comuni del sito contaminato di interesse nazionale "Valle Bormida".

Il report degli studi disponibili è stato inviato dalla struttura di Epidemiologia e Salute Ambientale dell'ARPA Piemonte a febbraio 2018.

La medesima struttura, a cui è affidata l'attività di sviluppo delle indagini epidemiologiche ambientali al fine di studiare le correlazioni tra l'inquinamento delle matrici e i danni sanitari che ne possono conseguire, ha pubblicato la seconda parte dell'**Atlante Regionale Ambiente e Salute 1980-2013**, disponibile al link www.arpa.piemonte.it/approfondimenti/temi-ambientali/ambiente-e-salute/dipartimento-tematico/attivita-1/introduzione

e raggiungibile anche dal sito regionale della sanità: www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute

La prima parte (già pubblicata nel 2016) permette l'accesso a mappe e tabelle di rischi sanitari con dettaglio comunale secondo un elenco di codici di malattia (interrogazione per causa); la seconda parte presenta le tabelle degli indicatori epidemiologici attraverso la selezione del singolo comune. L'ordinamento secondo la patologia o secondo il comune ha lo scopo di facilitare il confronto, rispettivamente tra comuni e tra patologie, degli indicatori di mortalità e di primo ricovero in ospedale, separatamente per uomini e donne. Sono inoltre riportate indicazioni sul valore d'uso delle carte e delle tabelle poste a disposizione ai fini di una corretta lettura. Nel corso del 2017 è stata condotta da ARPA un'analisi dell'impatto sanitario degli effetti a lungo termine dell'inquinamento atmosferico sull'intero territorio regionale, mirato ad assistere il Piano Regionale della Qualità dell'Aria (PRQA), con la valutazione dei benefici derivanti da tutti gli scenari possibili conseguenti alle varie azioni, e mirante a individuare lo scenario con la massima efficacia anche in termini di riduzione dell'impatto sanitario. Tale valutazione di ricaduta sanitaria del PRQA è stata pubblicata sul sito web della Regione Piemonte.

Sono stati condotti gli studi previsti sulle aree contaminate ancora non coperte da indagini epidemiologiche aggiornate (Valle Bormida), anche in collaborazione con le ASL interessate.

Popolazione target: Operatori della Sanità e dell'Ambiente.

Attori coinvolti/ruolo: Gruppo di coordinamento "Ambiente e Salute".

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Disponibilità di un report annuale sugli studi effettuati in campo ambientale	Report annuale degli studi effettuati	Report disponibile
Indicatore sentinella: Atlante regionale Ambiente Salute	Pubblicazione seconda parte Atlante Regionale	seconda parte Atlante Regionale disponibile

Azione 7.3.1 **Adottare documenti di indirizzo per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali**

Obiettivi dell'azione: Ottimizzare il contributo fornito da ASL e ARPA alla valutazione preventiva di impatto Ambiente-Salute nell'ambito delle Conferenze dei Servizi.

Risultati conseguiti nell'anno

Nell'ambito del progetto nazionale CCM T4HIA, nel 2016, è stato pubblicato il documento *Valutazione di impatto sulla salute: linee guida per proponenti e valutatori*, in coerenza e sintonia con il precedente documento *Linee guida per la Valutazione integrata di impatto sanitario (VIAS) nelle procedure di impatto ambientale (VIA, VAS, AIA)* predisposto nel 2015 a cura del Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente - ISPRA.

Nel 2017, infine, nel Rapporto ISTISAN 17/4 sono state pubblicate le *Linee guida per la Valutazione di impatto sanitario (VIS)* redatte a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.

Sono disponibili pertanto **tre documenti di indirizzo** che il gruppo di lavoro ha analizzato.

Il documento dell'Istituto Superiore di Sanità privilegia la valutazione del rischio (*risk assessment*) da un punto di vista essenzialmente tossicologico rispetto alla linea valutativa basata sull'approccio epidemiologico.

Il documento ISPRA e il documento del gruppo di progetto CCM T4HIA perseguono invece entrambi gli approcci metodologici della valutazione del rischio (*risk assessment*) e della valutazione del rischio sanitario (*health impact assessment*), cioè della quantificazione del numero di casi attribuibili stimati sulla base di funzioni concentrazione-risposta (o di rischio) disponibili da risultati epidemiologici rigorosi, robusti e consistenti.

In ogni caso la valutazione di impatto sanitario è argomento difficile ed entrambi i metodi non sono immediatamente esportabili nella valutazione ordinaria di progetti, piani e programmi.

Inoltre l'esigenza di un percorso partecipato di VIS integrata, in grado di considerare i contributi di più settori sociali e aperto a scambi multilaterali con e tra i portatori di interesse, deve integrarsi con lo strumento della Conferenza dei Servizi come al momento applicato nella regione.

Il gruppo di lavoro regionale Ambiente e Salute ha quindi proseguito l'analisi dei dati di attività relativi alle **valutazioni di impatto ambiente-salute**, raccolti nell'anno precedente a cura dei referenti locali su format regionale; si sintetizzano di seguito i risultati salienti.

Nel 2017 risultano pervenute alle ASL del Piemonte **1313 richieste di valutazione** preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali (dato sostanzialmente stabile se rapportato al valore rilevato per l'anno 2016, pari a 1399) di cui **638** richieste di partecipazione a Conferenze dei Servizi e **675** richieste di parere. Il percorso partecipato di cui sopra risulta quindi difficilmente applicabile in quei casi, per esempio, ove è utilizzato il metodo della "conferenza asincrona" e i pareri degli enti vengono raccolti separatamente, senza un momento collegiale.

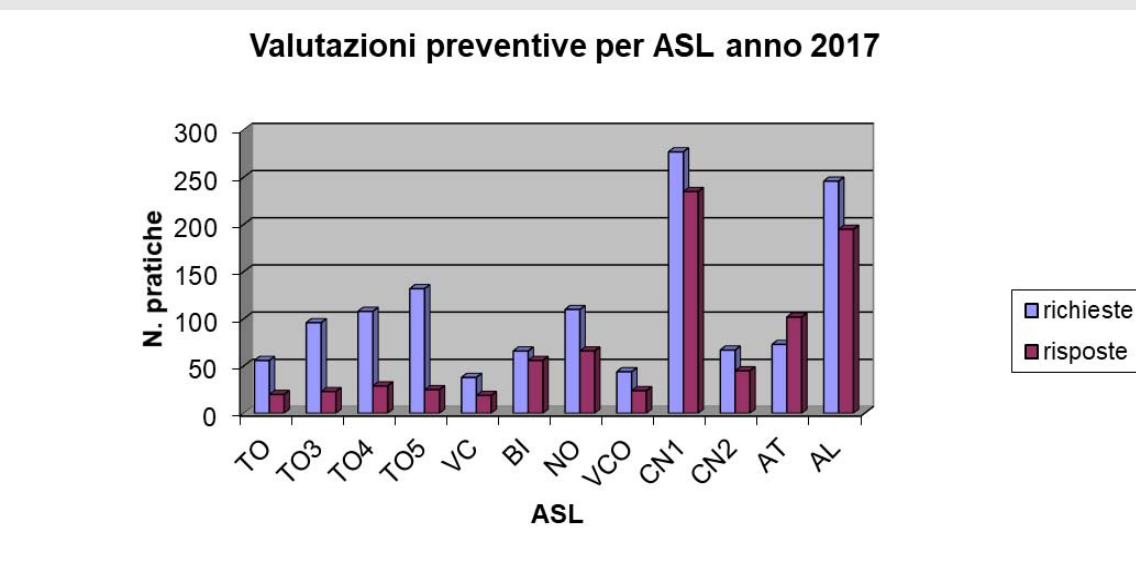
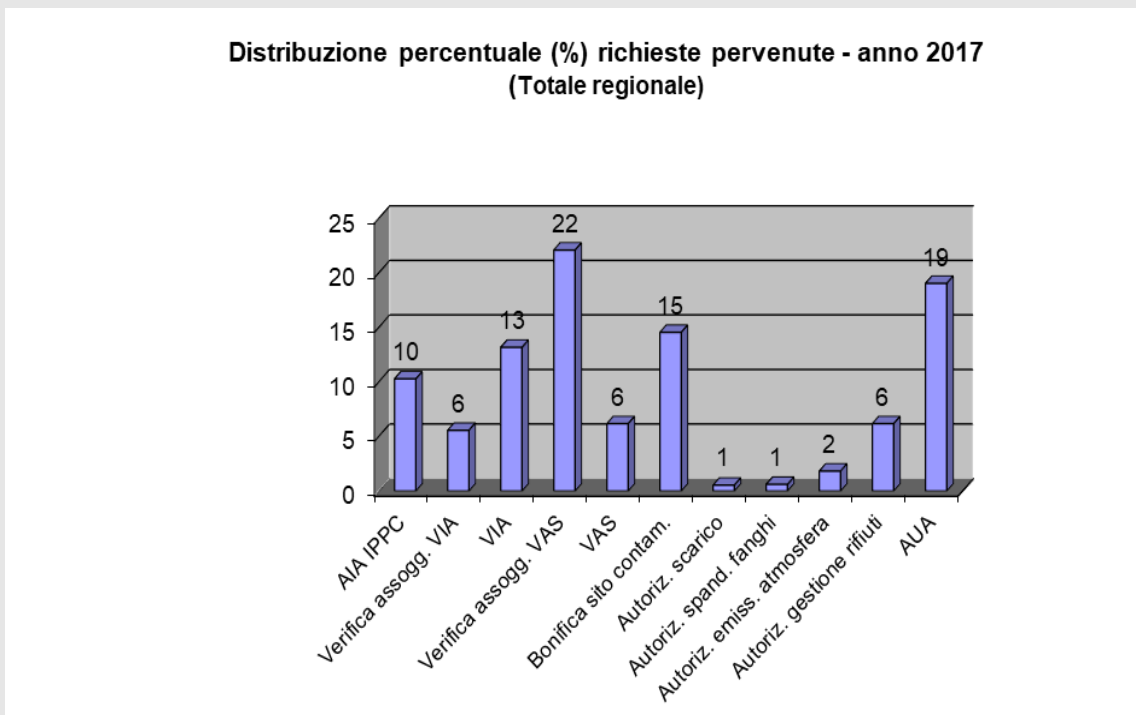
Il volume di lavoro richiesto ai Dipartimento di Prevenzione delle ASL, e in particolare ai Servizi Igiene e Sanità Pubblica, si conferma importante ma il coinvolgimento dei Servizi è difforme: il numero totale di istanze pervenute alle ASL nel 2017 varia da un minimo di **38** a un massimo di **277** e non appare correlato alla dimensione della ASL (in termini di popolazione); è piuttosto verosimile che risenta, oltre che del diverso grado di sfruttamento del territorio, anche di una diversa attitudine delle amministrazioni locali alla richiesta di collaborazione dell'ASL. Anche il tasso di risposta appare disomogeneo fra ASL.

Nel primo grafico è riportato il profilo delle richieste di partecipazione a Conferenza dei Servizi e di parere, pervenute alle ASL nell'anno 2017: i dati sono espressi in % rispetto al totale delle richieste e riferiti all'intero territorio piemontese. La maggior parte delle pratiche (**28%** del totale) riguarda la valutazione ambientale strategica (VAS), per lo più nella fase di verifica di assoggettabilità. In ordine di numerosità seguono le istanze di Valutazione di Impatto Ambientale (VIA, comprese le verifiche di assoggettabilità) e di AUA (autorizzazione Unica Ambientale) entrambe pari al **19%** del totale. Rilevante anche l'attività relativa alle bonifiche di siti contaminati (**15%**) soprattutto in relazione alla complessità della risposta.

Il tasso di risposta dei servizi (secondo grafico) si attesta intorno al **64%** in diminuzione rispetto agli anni precedenti (l'87% del 2015 e il 76% del 2016) e difforme tra le ASL. Anche il coinvolgimento dei diversi profili professionali (medico e tecnico della prevenzione) nella gestione delle pratiche permane difforme fra le 12 ASL. È evidente che i Servizi di Igiene Pubblica, investiti dall'importante e repentino aumento del carico di lavoro legato all'applicazione del nuovo Piano Vaccini e della normativa sull'obbligo vaccinale, nonché alla crescita

attenzione delle amministrazioni comunali alla sicurezza delle manifestazioni e dei pubblici spettacoli, faticano a mantenere alta l'attenzione alle istanze a valenza ambientale.

Il supporto delle competenze del progetto "Ambiente e Salute" di cui all'azione 7.1.2 potrà aiutare gli operatori delle ASL nel complesso percorso di valutazione preventiva degli impatti sulla salute prodotti dalle modifiche ambientali nonché nel tentativo di applicazione dei metodi della VIS.



Popolazione target: Operatori dell'Ambiente e della Sanità, soggetti proponenti.

Attori coinvolti/ruolo: Operatori del Tavolo di lavoro regionale. Operatori dei Tavoli di lavoro locali e del progetto Ambiente e Salute.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Disponibilità di un documento di indirizzo per la valutazione integrata ASL e ARPA dell'impatto ambiente e salute ai tavoli locali	Esistenza di un documento di indirizzo	Documenti di indirizzo confrontati: - documento CCM T4HIA - Rapporto ISTISAN 17/4 - Linee guida ISPRA 2016

Azione 7.4.1 Definire un percorso per lo sviluppo di un modello per la valutazione integrata degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti

Obiettivi dell'azione: Rendere sostenibile la gestione integrata delle istanze provenienti dalla popolazione su problematiche di tipo ambientale.

Risultati conseguiti nell'anno

Tutte le ASL hanno continuato a raccogliere informazioni sulle casistiche delle **istanze** su problematiche di tipo ambientale che pervengono dalla popolazione residente e sulle modalità di risposta, in base a un format regionale. Nel 2016, a partire da tali informazioni, il gruppo di lavoro regionale ha analizzato i dati di attività raccolti, individuato le casistiche più comuni e costruito una **bozza di modello organizzativo** minimo di risposta che prevede:

- a. modalità di avvio del procedimento,
- b. definizione di caso/evento correlabile a problematiche ambientali,
- c. individuazione di compiti e responsabilità dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'ARPA,
- d. strumenti e metodi da applicare per la valutazione di impatto,
- e. ruolo dei servizi di II livello.

Tale modello è stato sperimentato nelle ASL AT, NO e TO5 che aderiscono al progetto "Ambiente e Salute" (vedi azione 7.1.2), con particolare approfondimento nella ASL AT. Il completamento della sperimentazione, che consentirà di predisporre il documento regionale definitivo, avverrà nel 2018. Di seguito si riporta una sintesi delle attività effettuate nelle tre ASL.

ASL AT

Sono stati inizialmente considerati idonei alla sperimentazione 6 casi occorsi durante l'anno:

1. valutazione della usabilità di orti sociali comunali, alluvionati a novembre 2016;
2. contaminazione da idrocarburi di pozzo privato a seguito di evento alluvionale del novembre 2016;
3. contaminazione da cloruro di vinile di falda acquifera in un'area in bonifica;
4. ripresa della contaminazione da solventi clorurati di pozzi ad uso domestico in un'area in bonifica;
5. richiesta di approfondimento per eccesso percepito di mortalità e morbosità neoplastica che si sospettava connesso a presunto inquinamento ambientale (discarica);
6. contaminazione da solfati di falda acquifera in area in bonifica.

a. Modalità di avvio del procedimento

In 4 casi su 6 il procedimento è stato gestito dall'Amministrazione locale territorialmente competente attraverso un tavolo di lavoro sollecitato dagli Enti ASL e ARPA (casi 1, 2, 3 e 4). Nel caso 5 l'input iniziale è pervenuto dalla stessa Amministrazione Comunale. Nel caso 6 l'ASL ha ritenuto di gestire autonomamente una segnalazione di ARPA e ha comunicato al comune solo l'esito e la richiesta di provvedimenti.

b. Definizione di caso/evento correlabile a problematiche ambientali

Il caso 1 ricade nella **definizione 1** del modello: *Il rischio, reale o percepito, è legato all'esistenza di un impianto (produzione di energia, trattamento rifiuti, insediamento industriale, ecc.) ritenuto inquinante*. La popolazione di un quartiere ha ritenuto che l'esondazione del fiume Tanaro avesse potuto portare sugli orti comunali inquinanti chimici dilavati dall'area industriale adiacente.

I casi 2, 3, 4, 6 ricadono nella **definizione 2** del modello: *Il rischio, reale o percepito, è legato alla contaminazione nota (inquinamento di cui si conosce già la natura) di una matrice*. In tutti i casi la matrice è rappresentata dall'acqua di falda.

Il caso 5 ricade nella **definizione 3** del modello: *Esistono, o sono percepiti, occorrenze di cluster temporali o spaziali di casi oppure eccessi di mortalità, di patologia o di malformazioni congenite*. Il sindaco si è fatto portavoce della preoccupazione della popolazione di un piccolo comune per un eccesso percepito di mortalità e morbosità neoplastica.

c. Individuazione di compiti e responsabilità dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'ARPA

Tutti i casi sono stati gestiti attraverso il coinvolgimento del tavolo di lavoro dipartimentale Ambiente e salute. I servizi da coinvolgere sono stati individuati sulla base della descrizione dello scenario, caratterizzazione del sito, descrizione del percorso di esposizione e popolazione interessata.

In tutti i casi il livello di integrazione operativa ha coinvolto SISP e SIAN dal momento che il percorso di esposizione comprendeva l'uso dell'acqua a scopi irrigui; nel caso 3 sono stati coinvolti SISP, SIAN e SPreSAL perché il percorso di esposizione comprendeva l'uso dell'acqua a scopi irrigui e lavorativi.

d. Strumenti e metodi da applicare per la valutazione di impatto

I casi 3, 4 e 6 sono ben conosciuti, pertanto molte informazioni utili alla caratterizzazione del sito, descrizione del percorso di esposizione e identificazione della popolazione interessata erano già disponibili. Gli approfondimenti necessari sono stati condotti all'interno dei tavoli di lavoro comunali con ARPA, Comune e Provincia e all'interno del tavolo di lavoro Ambiente e Salute del Dipartimento. Nel caso 1 sono stati coinvolti anche i soggetti interessati (orticoltori). Non sono stati ravvisati problemi nella raccolta e gestione dei dati.

La valutazione dei rischi ha richiesto invece ricerche documentali e bibliografiche per completare le conoscenze sulla tossicità delle sostanze implicate in relazione alle vie di esposizione e le caratteristiche chimico-fisiche rilevanti. Si ritiene che questa rappresenti la parte più delicata e critica del modello: nel caso 1 è stato richiesto l'aiuto dei servizi di II livello (IZS e ARPA) e nel caso 4 è stata formulata una richiesta di parere all'ISS (non è pervenuta risposta).

La valutazione di tutti i casi è stata comunque portata a termine e nei casi 2, 3, 4 e 6 il tavolo ASL ha formulato collegialmente una richiesta di applicazione di misure di mitigazione. Nel caso 5 è stata anche condotta dal SISP una valutazione epidemiologica dei dati di mortalità utilizzando il motore di ricerca MADESMART.

e. Ruolo dei servizi di II livello

I Servizi di II livello sono stati coinvolti informalmente nei casi 1 (IZS e Epidemiologia Ambientale dell'ARPA) e 4 (Epidemiologia Ambientale dell'ARPA e ISS). IZS e Epidemiologia Ambientale dell'ARPA hanno contribuito all'attività di revisione delle conoscenze correnti mettendo a disposizione documentazione. La risposta al quesito ISS non è invece pervenuta.

ASL NO

La disponibilità della risorsa assegnata alla ASL nell'ambito del progetto regionale "Ambiente e Salute" ha consentito la sperimentazione del modello nel secondo semestre 2017. Durante la prima riunione del tavolo locale Ambiente e Salute il modello di gestione proposto è stato presentato in modo dettagliato a tutti i partecipanti. Già da subito tale approccio è stato applicato a problematiche ambientali di particolare importanza per il territorio della ASL, in particolare sono stati illustrati gli ultimi aggiornamenti relativi alle modalità di chiusura della discarica di Ghemme; è stato affrontato un caso relativo alla segnalazione di possibili effetti teratogeni su allevamenti animali legati a presunto inquinamento da fitofarmaci; sono stati valutati possibili interventi, soprattutto finalizzati alla comunicazione del rischio, in seguito alla verifica della presenza di materiali contenenti amianto in una scuola.

ASL TO5

Il Tavolo di lavoro Ambiente e Salute ha dato corso alla sperimentazione della bozza, fornita dalla Regione Piemonte, del modello organizzativo minimo per la gestione locale delle istanze provenienti dalla popolazione, riscontrando alcune criticità dovute anche all'assenza del supporto che avrebbe potuto dare il nucleo di biologi del progetto regionale che, di fatto, non si è potuto costituire nel 2017.

Le difficoltà incontrate sono risultate inoltre non tanto in merito alla metodologia di approccio alla problematica prevista dal modello, che risulta condivisibile, quanto alla ancora debole capacità dei Servizi a mettere in atto azioni integrate, in particolare quando dalle azioni di un Servizio dipendono quelle degli altri. Sul necessario rispetto dei tempi, giocano sicuramente un ruolo negativo le sempre più scarse risorse umane.

Conclusioni

La sperimentazione del modello ha fornito risultati positivi circa l'applicabilità del metodo. Si sottolinea l'aspetto assolutamente positivo e il grande valore aggiunto della integrazione di competenze e professionalità nei tavoli di lavoro, comunali e locali, che hanno assistito la gestione e la conclusione di tutti i procedimenti, sia per quanto riguarda lo specifico contributo portato dai professionisti presenti nell'applicazione di strumenti e metodi, sia per l'assunzione condivisa e collegiale delle responsabilità.

Il percorso per il coinvolgimento dei servizi di secondo livello deve essere perfezionato e formalizzato.

È fondamentale poter disporre di risorse dedicate che possano assistere l'attività del tavolo, coordinare l'apporto delle diverse componenti e approfondire argomenti specifici anche mediante ricerche bibliografiche o confronto con esperti.

Popolazione target: operatori dell’Ambiente e della Sanità.

Attori coinvolti/ruolo: operatori del Tavolo di lavoro regionale. Operatori delle ASL coinvolte nel progetto Ambiente e Salute.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Sperimentazione del modello in alcune ASL	Sperimentazione in almeno tre ASL su dodici	Il modello è stato sperimentato in tre ASL

Azione 7.5.1 Definire un piano di formazione per gli operatori sanitari e dell’ambiente

Obiettivi dell’azione: Aggiornamento degli operatori sui temi della epidemiologia ambientale e della valutazione d’impatto sulla salute (VIS).

Risultati conseguiti nell’anno

Nelle date 15-16 e 27-28 novembre 2017, in Regione Piemonte si è tenuto il corso di formazione accreditato *Seminari di aggiornamento per il Servizio sanitario nazionale e il Sistema nazionale per la protezione dell’ambiente - Progetto CCM EpiAmbNet* con l’obiettivo di soddisfare i bisogni di conoscenza degli operatori del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e del Sistema Nazionale a rete per la protezione dell’ambiente (SNPA) sui temi della **relazione tra esposizioni ambientali e salute**. Il corso è stato offerto ai referenti locali del programma “Ambiente e Salute”, ai componenti della segreteria scientifica/gruppo di lavoro regionale programma “Ambiente e Salute” del PRP 2014-2018.

Hanno partecipato 45 operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e di ARPA di varie regioni.

Il corso ha presentato lo stato dell’arte delle conoscenze sulla relazione tra ambiente e salute per argomenti selezionati, ovvero i principali fattori di rischio ambientali (rumore, campi elettromagnetici, inquinamento atmosferico, cambiamenti climatici, rifiuti, acque, siti contaminati e radon) limitatamente ad evidenze consolidate, pubblicate e condivise in ambito scientifico. Si sono svolte lezioni tematiche, lavori di gruppo e discussioni generali per una formulazione condivisa dei messaggi chiave per ciascun tema.

È allo studio la fattibilità di un corso in FAD in cooperazione con altre Regioni, sulla base del materiale didattico predisposto, nonché di una seconda edizione del corso nel 2018.

Popolazione target: Gli operatori dell’Ambiente e della Sanità operanti sulla tematica Ambiente-Salute. Operatori del Tavolo di lavoro regionale.

Attori coinvolti/ruolo: Referente scientifico e collaboratori progetto CCM T4HIA (capofila Regione Emilia-Romagna), IFC CNR Pisa, Area Epidemiologia Ambientale ARPA Piemonte, Università di Torino, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Adesione al corso nazionale di formazione per formatori	Partecipazione al corso nazionale secondo le indicazioni pervenute	Hanno partecipato al corso 45 operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e di ARPA, di cui 32 piemontesi

Azione 7.6.1 **Sviluppare competenze per la comunicazione del rischio**

Obiettivi dell'azione: Saper comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico.

Risultati conseguiti nell'anno

Per dare attuazione ad una comunicazione del rischio strutturata e sistematica è necessario adottare una strategia nazionale coordinata e lo stesso indicatore centrale individuato dal PNP raccomanda il recepimento di linee guida nazionali.

Sono proseguiti costantemente i rapporti con il livello centrale e le altre Regioni, nell'ambito del progetto CCM EpiAmbNet, allo scopo di contribuire al dibattito nazionale e recepire tempestivamente documenti o atti di indirizzo. Nel corso dell'anno 2017 si sono tenute 5 riunioni EpiAmbNet con discussione delle linee guida sulla comunicazione del rischio:

- 17 gennaio 2017 (Bologna)
- 6 marzo 2017 (Roma)
- 19 aprile 2017 (Palermo)
- 21 giugno 2017 (Bologna)
- 7 novembre 2017 (Bologna)

Il referente piemontese ha partecipato alle prime 4 riunioni. Nel corso dell'anno è stata predisposta, nell'ambito del progetto EpiAmbNet, la versione conclusiva delle **linee guida nazionali sulla comunicazione del rischio ambientale per la salute**. La bozza di documento è circolata tra i membri del gruppo di lavoro regionale Ambiente e Salute, ma non è stato possibile coinvolgere tutte le ASL per ottenere osservazioni e suggerimenti; il documento sarà diffuso alle ASL della Regione Piemonte nel 2018.

Popolazione target: Operatori dell'Ambiente e della Sanità.

Attori coinvolti/ruolo: Operatori del Tavolo di lavoro regionale.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Partecipazione del referente alle riunioni convocate dal livello centrale	Partecipazione del referente ad almeno il 50% delle riunioni interregionali	Il referente ha partecipato a 4 riunioni (su 5 convocate)

Azione 7.7.1 **Attuare programmi di controllo in materia di REACH/CLP con individuazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio delle situazioni di non conformità**

Obiettivi dell'azione: Migliorare la sicurezza chimica della popolazione e dei lavoratori con la verifica del rispetto dei regolamenti REACH/CLP

Risultati conseguiti nell'anno

Al fine di migliorare la qualità dei controlli e promuovere la sicurezza nella produzione e nell'uso dei prodotti chimici il Comitato Tecnico Coordinamento in materia di REACH/CLP, con il supporto del Nucleo Tecnico Regionale Reach/CLP:

- ha predisposto e attuato il **Piano Regionale dei Controlli** annuale (PRC 2017), nel rispetto delle indicazioni del Piano Nazionale dei Controlli 2017;
- ha sviluppato l'attuale modello organizzativo (governo di sistema), individuando le risorse necessarie in termini di tempo-operatori e attrezzature e regolamentando i flussi informativi fra la Regione e i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, precisando compiti e responsabilità;
- ha partecipato alla redazione delle procedure e linee guida per la vigilanza in discussione presso il gruppo nazionale (coordinato da Regione Piemonte) riguardanti la segnalazione e la gestione delle criticità riscontrate dai servizi ASL/ARPA nel corso delle attività di vigilanza e la standardizzazione operativa delle attività;
- ha partecipato alla predisposizione di un sistema di indicatori finalizzato al monitoraggio delle performance e alla segnalazione di situazioni di non conformità provenienti dalle altre Regioni, dall'Autorità Competente Nazionale o da altri Stati Membri.

È stato utilizzato il laboratorio ARPA Piemonte per l'esecuzione di analisi chimiche sulle matrici non alimentari individuate nel rispetto delle attività di controllo analitiche presenti nel Piano Nazionale del Ministro della Salute e susseguentemente nel PRC REACH-CLP 2017.

Con DD del 7/06/2017, n. 371, l'Autorità competente regionale ha formalizzato il Piano Regionale dei Controlli REACH e CLP, allineando la Regione Piemonte al Piano Nazionale, alle richieste dei vari REF (target indicati dall'Agenzia Europea) e progetti ECHA (Agenzia Europea per le sostanze chimiche) approvati dall'Autorità Competente Nazionale e dal Comitato Tecnico Interregionale. In ottemperanza a tali indicazioni le attività di controllo ispettivo, effettuate sul territorio piemontese, sono state 10.

Nel corso dell'anno 2017, a seguito della sperimentazione svolta nel 2015 e dell'attività 2016, è entrato a regime un nuovo **piano di campionamento regionale su gioielli/bigiotteria**, colle e articoli in gomma o plastica (180 campioni fiscali complessivamente raccolti a cui si aggiungono quelli relativi alle attività già consolidate in merito ai prodotti cosmetici [67] e inchiostri per tatuaggio [55]), come da report predisposto da ARPA. Tale attività di controllo ha coinvolto gli operatori sanitari dei SISP per i campionamenti e ARPA Piemonte per le analisi, come da protocollo elaborato congiuntamente al NTR e presentato in apposita riunione operativa nel mese di marzo 2017. Le attività analitiche sulle nuove matrici individuate miravano a verificare il rispetto delle restrizioni contenute nell'Allegato XVII del Regolamento REACH: cessione di Ni per i gioielli/bigiotteria, concentrazione di cloroformio nelle colle e IPA negli articoli in gomma o plastica.

Al fine di realizzare le attività di controllo previste dal PRC REACH-CLP, i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL hanno garantito la collaborazione alle attività previste dal NTR con particolare riferimento alla gestione dei verbali conclusivi derivanti dalle ispezioni ed i successivi rapporti con le aziende.

Per quanto riguarda i controlli dei rischi derivanti dalla contaminazione chimica dei prodotti, le ASL hanno proseguito nel piano di campionamento e nella risposta alle allerte, secondo specifiche indicazioni regionali e nazionali. I referenti REACH delle ASL coinvolte nelle ispezioni hanno partecipato alle attività di controllo anche come formazione sul campo. Gli operatori sanitari dei SISP si sono occupati delle attività di campionamento per le attività di controllo analitico sulle matrici individuate dal PRC 2017.

Popolazione target: Operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, popolazione lavorativa esposta al rischio di sostanze chimiche e popolazione generale della Regione Piemonte.

Attori coinvolti/ruolo: Nucleo Tecnico Regionale Competente per REACH-CLP, referenti REACH-CLP delle ASL piemontesi e Dipartimenti di Prevenzione.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Documento di formalizzazione annuale del Piano Regionale per le attività di controllo REACH-CLP	1 documento formalizzato	-----	DD n. 371 del 07/06/2017
Indicatore sentinella: Numero di controlli effettuati su quanti previsti nel Piano Regionale per le attività di controllo	≥ 80%	Partecipazione del referente REACH ad almeno 80% dei controlli	100%
Numero di controlli effettuati su segnalazione di non conformità pervenute nell'anno da ECHA o da Autorità Competente Nazionale	≥ 80%	-----	100%
Esistenza di un sistema di indicatori documentato e monitorato	Disponibilità di una bozza di documento sul sistema di indicatori	-----	Bozza in discussione con MINSAL

Azione 7.8.1 Realizzare iniziative di formazione degli operatori sul tema della sicurezza chimica

Obiettivi dell'azione: Aumentare la conoscenza e la consapevolezza in tema di sicurezza chimica.

Risultati conseguiti nell'anno

Il problema della sicurezza chimica è ampio e trasversale e interessa le attività quotidiane dei servizi di prevenzione più capillarmente ed estensivamente rispetto ai programmi di controllo in ambito REACH/CLP. Questa azione, pertanto, interseca e completa anche gli obiettivi di altre azioni del PRP.

A livello regionale, sono stati individuati i **bisogni formativi** per redigere un piano di formazione di base finalizzato all'applicazione dei Regolamenti REACH/CLP.

Vi sono stati momenti di formazione rivolti a operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione delle ASL, operatori ARPA, altri operatori di servizi pubblici ed è stato realizzato un corso di formazione a ricaduta per l'aggiornamento dei referenti REACH-CLP delle ASL.

Nel corso dell'anno 2017 il coordinatore e referente REACH-CLP della Direzione Sanità è intervenuto in seminari, corsi di formazione e convegni organizzati, in particolare, dalle associazioni di categoria per favorire la diffusione di una nuova cultura per il controllo dei rischi chimici e per confrontarsi con le aziende sull'applicazione dei Regolamenti REACH-CLP in costante evoluzione.

Si è proceduto all'attività di formazione "train the trainer" somministrata agli operatori delle ASL della Regione Piemonte individuati come referenti REACH-CLP insieme ad altri operatori sanitari delle ASL interessati dalla materia.

Il corso regionale per gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e ispettori, per l'aggiornamento sui Regolamenti REACH e CLP, si è svolto a Torino nella giornata del 29 maggio 2017. Sono stati invitati, in qualità di docenti, esperti nazionali e regionali. Al corso hanno partecipato gli operatori sanitari individuati come referenti REACH-CLP delle ASL piemontesi.

Infine si è svolta una riunione operativa come momento formativo per gli operatori sanitari delle ASL coinvolti nelle attività di campionamento per i controlli analitici previsti nel PRC 2017.

I referenti REACH-CLP delle ASL hanno partecipato al corso regionale di aggiornamento come ricaduta del corso nazionale per la formazione specifica organizzato dal Ministero della Salute. I referenti REACH delle ASL coinvolte nelle ispezioni hanno partecipato alle attività di controllo anche come formazione sul campo.

Popolazione target: Operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione delle ASL.

Attori coinvolti/ruolo: Nucleo Tecnico Regionale Competente REACH-CLP.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Realizzazione corso di formazione per ispettori REACH/CLP	Almeno un corso effettuato a livello regionale	Per tutte le ASL: garantire la partecipazione dei referenti REACH-CLP delle ASL al corso regionale di aggiornamento	Corso svolto il 29 maggio 2017
Predisposizione di un piano di formazione disponibile	Piano disponibile	-----	PRC 2017

Azione 7.9.1 Definire ed approvare il nuovo Piano Regionale Amianto

Obiettivi dell'azione: Definire un forte strumento programmatico che consenta di elaborare ed attuare un insieme sinergico di attività, sia sul piano ambientale che su quello sanitario, in grado di minimizzare l'impatto sulla salute della presenza sul territorio di amianto naturale e di materiali contenenti amianto.

Risultati conseguiti nell'anno

Il Piano Regionale Amianto (PRA), predisposto dal Comitato di Direzione Amianto, è stato approvato dalla Giunta e successivamente dal Consiglio Regionale con Deliberazione n. 124 del 1° marzo 2016.

Successivamente sono stati predisposti diversi provvedimenti applicativi. Nell'anno 2017 la Giunta ha approvato la DGR n. 28-5326 del 10/07/2017 *Recepimento Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 07.05.15 - qualificazione laboratori pubblici e privati per campionamento e analisi amianto. Recepimento Accordo tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane del 20.01.16 - informatizzazione adempimenti per imprese che utilizzano o che svolgono smaltimento amianto. Individuazione ARPA Piemonte ed approvazione tariffe*, riguardante la **qualificazione dei laboratori** pubblici e privati che effettuano attività di campionamento e analisi sull'amianto sulla base dei programmi di controllo di qualità.

La Regione ha inoltre partecipato a livello nazionale alla definizione dell'Intesa Stato-Regioni sull'adozione del **protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto**. Non è quindi stato definito nel 2017 il documento di indirizzo con le modalità di costruzione del registro dei lavoratori ex esposti, nell'attesa dell'approvazione di tale Intesa, poi emanata il 22/02/2018.

È stato infine concluso e presentato in sede di Conferenza Governativa sull'amianto, tenutasi a novembre 2017, il progetto CCM *Modello operativo per la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma*, condotto dal Centro Sanitario Amianto. Il COR Piemonte ha altresì concluso il progetto CCM *Metodi innovativi per l'identificazione delle aree territoriali e dei settori di attività economica con elevato rischio di esposizione ad amianto in Italia e per la sorveglianza epidemiologica del rischio di mesotelioma maligno*, i cui dati conclusivi sono in corso di elaborazione.

Le ASL coinvolte hanno garantito la partecipazione del personale ai tavoli regionali. Hanno inoltre proseguito le **attività di gestione del rischio** connesso alla presenza di amianto mediante l'applicazione delle deliberazioni regionali di riferimento (DGR 40-5094 del 18/12/2012 e DGR 25-6899 del 18/12/2013).

Sono stati effettuati **453** interventi di valutazione del rischio connesso a coperture in cemento-amianto; sono pervenute **780** segnalazioni di autorimozione di manufatti da parte di privati.

Le ASL hanno infine avviato la raccolta di informazioni sulla base della DGR n. 58-4532 del 29/12/2016 *Definizione delle modalità di comunicazione della presenza di amianto ai sensi dell'art. 9 della L.R. 30/2008, in attuazione del Piano Regionale Amianto per gli anni 2016-2020 approvato con DCR 1 marzo 2016, n. 124-7279*, che ha stabilito le modalità attraverso cui i soggetti pubblici e privati proprietari di edifici, impianti, luoghi, mezzi di trasporto, manufatti e materiali con presenza di amianto o di materiali contenenti amianto comunicano tale presenza all'ASL competente per territorio.

Popolazione target: Totalità dei cittadini residenti in Piemonte.

Attori coinvolti/ruolo: Comitato di Direzione Amianto, Comitato Strategico, Consulta tecnico-scientifica, Operatori del Dipartimento di Prevenzione delle ASL.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Esistenza presso il COR Piemonte del registro dei lavoratori ex esposti all'amianto	Definizione del documento di indirizzo con le modalità di costruzione del registro	Non definito

Azione 7.11.1 **Promuovere buone pratiche per la tutela della salute in ambiente indoor, e mappare il rischio radon**

Obiettivi dell'azione: Disporre di linee di indirizzo per la costruzione e/o ristrutturazione di edifici in chiave di salubrità ed eco-compatibilità. Riorientare l'utilizzo delle risorse umane dei Servizi ASL alla luce dell'efficacia.

Risultati conseguiti nell'anno

A livello regionale, nel 2016 il gruppo di lavoro (costituito da rappresentanze dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL AT, AL e CN2) ha sottoposto a revisione critica la DGR 16/01/2006, n. 30-1995 e ha redatto una nuova bozza di **Requisiti per la nuova edificazione, la ristrutturazione e l'ampliamento di fabbricati destinati ad attività lavorative**. Il documento è stato condiviso con i Dipartimenti di Prevenzione di tutte le ASL e sono state raccolte le osservazioni. È stato inoltre costituito un tavolo di lavoro regionale multidisciplinare e multiprofessionale, con l'obiettivo di orientare il documento anche a principi di eco-sostenibilità ed eco-compatibilità, composto da rappresentanze delle Direzioni regionali Sanità, Ambiente, Competitività, Opere Pubbliche e da referenti dell'Ordine Ingegneri Torino, Collegio dei geometri di Torino, Ordine Architetti Torino, ARPA; nel 2017 sono stati coinvolti nel Tavolo anche i referenti regionali del protocollo ITACA - iiSBE Italia.

Il Tavolo si è riunito 6 volte nel 2017. Sono stati condivisi i dati di impatto sulla salute degli edifici e delle aree costruite (revisione documentale), illustrati i piani e i documenti di cui Regione Piemonte si è dotata fino ad oggi, gli obiettivi del Tavolo e i contenuti del documento di indirizzo su cui il Tavolo lavorerà coinvolgendo di volta in volta le professionalità necessarie. Si è convenuto di focalizzare l'attenzione su **edifici con presenza, anche non esclusiva, di lavoratori** e di utilizzare il modello **Protocollo ITACA** con particolare riferimento allo sviluppo dell'area di valutazione *Qualità Ambientale indoor* e *Qualità del sito* quando questo sia in grado di influenzare l'ambiente indoor.

È stata aggiornata, a cura di ARPA, la **mappatura esistente del rischio radon** nel territorio della regione Piemonte e sono state predisposte le tabelle relative alle concentrazioni medie di ciascun comune della regione, disponibili sul sito ARPA: www.arpa.piemonte.it/approfondimenti/temi-ambientali/radioattivita/radon/trova-la-concentrazione-di-gas-radon-del-tuo-comune).

In relazione all'applicazione dei nuovi LEA e alla ricerca di pratiche in qualche modo non coerenti con i bisogni dei Piani di Prevenzione, o non sostenibili sotto il profilo organizzativo, è stata valutata la possibile **rimodulazione del ruolo del SISP nell'attività delle Commissioni di vigilanza sui locali di pubblico spettacolo**. L'esito di tale revisione è stato portato all'attenzione del Settore regionale Prevenzione e Veterinaria e condiviso con il gruppo Governance (comunicazione del 21/12/2017) affinché possa essere oggetto di discussione nell'ambito del Laboratorio della Prevenzione, che ha tra i suoi obiettivi la selezione e l'implementazione di interventi efficaci (OSR 10.2 e azione 10.2.1 del PRP). L'obiettivo ultimo è quello di validare la proposta e di avanzare richiesta di revisione normativa al livello centrale.

Per quanto riguarda la quota di tutela dell'ambiente indoor affidata alla vigilanza dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione, contestualmente alle istruzioni per la redazione dei Piani Locali di Prevenzione sono state fornite ai SISP indicazioni per il programma annuale di vigilanza e controllo negli ambienti di vita.

A livello locale sono proseguite le attività consolidate di vigilanza e controllo negli ambienti di vita (strutture sociosanitarie, scolastiche, ricettive, carcerarie, sportive e ricreative, manufatti in cemento-amianto, ecc.) effettuate dai SISP secondo le indicazioni regionali fornite con specifico documento. Nelle tabelle seguenti è riportato in modo analitico il totale regionale dei più significativi interventi di controllo effettuati dai SISP nel 2017 negli ambienti confinati. Sebbene si registri una notevole difformità fra ASL nelle attività di vigilanza, sia di iniziativa che su richiesta, è possibile considerare come in generale l'attività su richiesta superi abbondantemente quella di iniziativa, limitando fortemente la possibilità di programmazione delle attività.

Le richieste di intervento per "alloggio insalubre" rappresentano il **27%** di tutta l'attività di vigilanza (50% e 74% in due ASL) indoor e outdoor. Un quarto dell'attività di vigilanza su richiesta avviene nell'ambito di commissioni. Fra le attività di iniziativa la vigilanza presso le strutture natatorie è la più rappresentata.

Alla luce dei dati illustrati appare particolarmente importante che le attività di vigilanza SISP siano rivalutate nell'ottica dell'appropriatezza e dell'efficacia.

Struttura oggetto di vigilanza di iniziativa	Controlli effettuati
Strutture scolastiche	295
Strutture natatorie	1129
Strutture ricettive	548
Esercizi di estetica/solarium	520
Attività di tatuaggio e piercing	396
Esercizi di acconciatore	310
Ditte cosmetici	78
Strutture carcerarie	41
TOTALI	3.317

Struttura oggetto di vigilanza su richiesta	Controlli effettuati
Alloggi di civile abitazione	2880
Strutture sanitarie	400
Strutture socio assistenziali	588
Idoneità locali	174
Controlli legionellosi	169
Commissioni pubblico spettacolo	714
TOTALI	4.925

Esposti / segnalazioni	1.624
------------------------	--------------

Popolazione target: Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, tecnici progettisti, SUAP, popolazione generale.

Attori coinvolti/ruolo: Operatori del Dipartimento di Prevenzione, portatori di interesse (Ordini e Collegi Professionali, Settori regionali competenti, Politecnico, VVF, CRC)

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Mappatura regionale del rischio radon a cura di ARPA	Aggiornamento della mappatura esistente	Mapa aggiornata scaricabile sul sito ARPA
Disponibilità di documenti di revisione/rimodulazione di pratiche obsolete	Evidenza di almeno 1 documento di revisione/rimodulazione di pratiche obsolete	Un documento di rimodulazione del ruolo del SISP nell'attività delle Commissioni di vigilanza sui locali di pubblico spettacolo

Azione 7.12.1 Definire un pacchetto formativo sull'uso della telefonia cellulare destinato alla fascia di età pediatrica

Obiettivi dell'azione: Sensibilizzare la popolazione pediatrica sul corretto uso della telefonia cellulare.

Risultati conseguiti nell'anno

L'**applicazione per telefono cellulare**, finalizzata alla misura del livello dell'intensità di esposizione, è disponibile ed è stata testata su un campione di studenti, la cui numerosità è però insufficiente per elaborazioni rappresentative della popolazione pediatrica. È stato quindi posticipato al 2018 il previsto report, eventualmente anche integrato con informazioni di letteratura sull'uso della telefonia in età pediatrica.

Sono stati presi contatti con uno studio parallelo (MOBIKIDS) in cui il campione reclutato è maggiore, con l'intento di aumentare la rappresentatività del campione in studio.

Nel 2017 inoltre il **pacchetto formativo** per le scuole relativo all'argomento è stato definito, discusso con l'Ufficio Scolastico Regionale e inserito dal Gruppo Tecnico Regionale (azione 1.4.1) in un gruppo di lavoro sui nuovi media; è stato inoltre sperimentato in alcune classi (ASL VC).

In prospettiva, tutti i materiali didattici saranno disponibili on-line per l'utilizzo in totale autonomia del pacchetto formativo finale da parte dei docenti delle scuole piemontesi.

Popolazione target: Popolazione in età pediatrica (0-14 anni).

Attori coinvolti/ruolo: ARPA Piemonte, CORECOM/Ufficio scolastico regionale, Regione Piemonte, Dors, ASL VC.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Validazione di un'applicazione per telefono cellulare	Report sull'uso del telefono cellulare su un campione di età 0-14 anni	Report non completato nel 2017 per scarsa numerosità e rappresentatività del campione
Disponibilità di pacchetto formativo	Esistenza di un pacchetto formativo	Pacchetto formativo disponibile

Azione 7.13.1 **Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV attraverso la vigilanza e l'informazione**

Obiettivi dell'azione: Garantire la prosecuzione delle attività di vigilanza presso i centri di estetica/solarium ed attuare un programma di comunicazione anche utilizzando i risultati ottenuti nell'ambito delle attività di controllo.

Risultati conseguiti nell'anno

Numerose sono le evidenze acquisite sulla pericolosità per la salute delle esposizioni a radiazioni ultraviolette, in termini di aumento del rischio di tumori cutanei e in particolare di melanoma. Pertanto, come in passato, sono state date indicazioni alle ASL per l'esecuzione di una quota di controlli presso i centri di estetica/solarium e, nell'ambito della definizione dei rapporti Sanità-ARPA, è stato concordato l'impegno delle strutture ARPA di riferimento per l'esecuzione delle **misurazioni delle emissioni UV delle apparecchiature abbronzanti**.

A livello locale, 12 ASL su 12 hanno effettuato interventi congiunti con ARPA per la misurazione strumentale delle emissioni ultraviolette delle apparecchiature generanti UV. Complessivamente sono stati effettuati **27** sopralluoghi in centri estetici, nel corso dei quali sono stati svolti **116** controlli, di cui 83 su apparecchi ad alta pressione e 33 su apparecchi a bassa pressione. I risultati conseguiti sono riportati nello specifico report predisposto dal Dipartimento tematico Radiazioni ARPA (relazione tecnica n. 18_016_RO del 21/02/2017, nota prot. PEC n. 0001587972018 del 22/02/2018).

L'ASL NO ha predisposto un **pacchetto informativo** utilizzando la presentazione elettronica già disponibile sui rischi da radiazioni ultraviolette artificiali; per una serie di difficoltà tecniche intervenute nell'allestimento della versione da implementare sulla piattaforma digitale Moodle, non è stato possibile avviare la sperimentazione del corso in e-learning prevista in collaborazione con alcune scuole. Tale sperimentazione è stata posticipata e sarà avviata una volta risolti gli inconvenienti tecnici.

Popolazione target: Utenti e gestori dei centri estetici/solarium.

Attori coinvolti/ruolo: Operatori del tavolo di lavoro regionale. Operatori dei SISP. Studenti ed insegnanti di alcune scuole di un ASL della Regione.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: N. di interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti/n. di interventi di controllo programmati	11/12	Almeno 2 interventi per ciascuna ASL	- Tutte le ASL hanno effettuato interventi. - 27 interventi effettuati/24 programmati
Redazione di report annuale sull'attività svolta	Evidenza del documento	-----	Report del Dipartimento tematico Radiazioni di ARPA Piemonte 22/02/2018
Disponibilità di un pacchetto formativo per la popolazione giovanile	Esistenza di un pacchetto informativo	-----	Pacchetto disponibile

8 • Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili

Quadro degli obiettivi centrali e regionali

Macro obiettivo	MO 9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie		
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR 2019
OC 9.1. Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	OSR 8.1. Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	Indicatore OSR 8.1. Proporzione di casi di morbillo e rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	Standard OSR 8.1 82,1
OC 9.2. Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi anche mediante sistemi di allerta precoce	OSR 8.2. Rendere più efficiente l'attivazione delle attività di controllo per alcune malattie infettive comprese le zoonosi e le MTA	Indicatore OSR 8.2. Integrazione nella piattaforma web di segnalazione di un sistema automatizzato di avviso/alert via mail per i referenti regionali e locali dei sistemi di sorveglianza	Standard OSR 8.2 Sì
OC 9.3. Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive in modo interoperabile	OSR 8.3. Consolidare il sistema informativo regionale delle malattie infettive	Indicatore OSR 8.3. Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	Standard OSR 8.3 100%
OC 9.4. Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte di operatori sanitari	OSR 8.4. Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte di operatori sanitari	Indicatore OSR 8.4. Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi eziologica	Standard OSR 8.4 73
OC 9.5. Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata	OSR 8.5. Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive quali Tubercolosi e infezione da HIV e IST	Indicatori OSR 8.5. Proporzione di casi di TB polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter	Standard OSR 8.5 13 53
OC 9.6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati	OSR 8.6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati	Indicatore OSR 8.6. Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	Standard OSR 8.6 100%
OC 9.7. Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio	OSR 8.7. Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio	Indicatori OSR 8.7. Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti	Standard OSR 8.7 V. dettaglio nel <i>Piano di monitoraggio e valutazione</i>
OC 9.8. Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	OSR 8.8. Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	Indicatore OSR 8.8. Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole	Standard OSR 8.8 Sì
OC 9.9. Predisporre piani nazionali condivisi tra i diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive	OSR 8.9. Aggiornamento del Piano regionale delle emergenze infettive nell'ambito della definizione del piano delle emergenze regionale	Indicatore OSR 8.9. Esistenza del Piano regionale delle emergenze infettive	Standard OSR 8.9 Sì
OC 9.10. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi	OSR 8.10. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi	Indicatore OSR 8.10. Proporzione di ASR in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	Standard OSR 8.10 100%
OC 9.11. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	OSR 8.11. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale sia in medicina umana che veterinaria	Indicatore OSR 8.11. Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle ASR	Standard OSR 8.11 Sì
OC 9.12. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso di antibiotici	OSR 8.12. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso di antibiotici con azioni coordinate in medicina umana e veterinaria	Indicatore OSR 8.12. Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Standard OSR 8.12 Sì
OC 9.13. Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	OSR 8.13. Consolidare il programma regionale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Indicatore OSR 8.13. Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le ASR	Standard OSR 8.13 Sì

Indicatori sentinella del programma

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
8.1.1 Adozione nuova piattaforma informatizzata	12/12	Inserimento 100% in GEMINI delle notifiche	Tutte le ASL hanno adottato la piattaforma informatizzata di sorveglianza delle malattie infettive
8.1.1 Completamento programma anagrafi vaccinali	11/12	Invio dati di copertura attraverso l'anagrafe vaccinale nei tempi previsti dal Ministero Salute	12 ASL su 12. Permangono difficoltà legate alla gestione informatica del connettore regionale
8.1.1 Attivazione sistema sorveglianza contatti TB	12/12	Invio dati dei contatti TB attraverso il sistema di sorveglianza regionale	12/12 Tutte le ASL hanno attivato il sistema di sorveglianza contatti TB
8.1.1 Attivazione sistema sorveglianza uso antibiotici	Attivo	no	È attivo dal 2017 il sistema di sorveglianza. È stato prodotto il primo report sull'utilizzo di antibiotici in Piemonte nel periodo 2013-2016

Premessa

Nel 2017 sono intervenuti due grandi cambiamenti nella legislazione e nell'indicazione delle priorità su vaccinazioni e antibioticoresistenze: è stata emanata la [Legge n. 119/2017](#) in materia di prevenzione vaccinale ed è stata siglata l'Intesa Stato-Regioni del 2/11/2017 per la realizzazione di un [Piano di contrasto dell'antibiotico-resistenza](#) (PNCAR 2017-2020).

Il Piano PNCAR prevede lo sviluppo coordinato intersettoriale – interregionale e intra regionale – di azioni e misurazione dagli obiettivi per specifiche aree di azione. Tra queste, la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sono individuate, in linea con le indicazioni internazionali, come specifiche aree e di intervento e azione.

In seguito alla Legge n. 119/2017, la Regione e le ASL hanno dovuto potenziare le attività degli ambulatori di vaccinazione pediatrica delle ASL allo scopo di verificare lo stato vaccinale della popolazione pediatrica e recuperare tutti coloro che non risultavano vaccinati nei tempi previsti dal PPNV.

I dati di copertura al 31 dicembre 2017 per i nati della coorte 2015 (a 24 mesi di età) mostrano che per la [poliomielite](#) tutte le ASL piemontesi hanno raggiunto l'obiettivo di copertura vaccinale (CV) del 95% mentre questo obiettivo non è stato raggiunto in tutto il territorio regionale per la vaccinazione [morbillo-parotite-rosolia](#) (MPR). Le CV medie piemontesi sono tutte superiori alle medie nazionali. In particolare, nel 2017 per quanto riguarda gli altri vaccini – anti-poliomielite, difterite, tetano, pertosse, Epatite B, Haemophilus influenzae B – in tutti i casi si è verificato un [incremento della copertura](#) ed è stata superata la soglia del 95%, con livelli che vanno dal 95,28% del vaccino Hib (Haemophilus influenzae B) al 95,93% del vaccino contro il tetano, con coperture vaccinali a 24 mesi in linea con gli obiettivi (95%) per la vaccinazione antipoliomielite (95,13%), l'antidifterica (95,14%), l'antitetanica (95,44%) e la vaccinazione contro la pertosse (95,12%), mentre le coperture per morbillo, parotite e rosolia si avvicinano all'obiettivo (94,72%) e sono al di sopra della media nazionale.

Nel periodo di sorveglianza 2008-2016 sono stati segnalati oltre 2.000 casi di [malattia batterica invasiva](#), con una incidenza media annua di circa 5,5 casi per 100.000 abitanti. Nel 2016, nella nostra regione sono stati segnalati 261 casi di malattia batterica invasiva, tra i quali 16 casi di malattia invasiva, 11 meningiti e 5 sepsi da meningococco. L'incidenza regionale di tutte le malattie invasive da meningococco è pari 0,33 casi per 100.000 abitanti, dato in linea con il dato riportato a livello nazionale. Il valore massimo di incidenza si è registrato in epoca prevaccinale (0,6 casi per 100.000 abitanti nel 2009). Il microorganismo più frequentemente isolato è stato lo Pneumococco (75,6% dei casi), seguito da Meningococco (6,0%) e H. Influenzae (5,3%).

Nel 2017, sono stati segnalati in Piemonte 356 casi di [tubercolosi](#), pari a un tasso di incidenza di 8,1 casi ogni 100.000 abitanti. Dal 2006 i tassi di incidenza di TB registrati si sono mantenuti costantemente sotto la soglia dei 10 casi per 100.000 abitanti, valore che colloca la nostra regione tra le aree a bassa endemia di tubercolosi.

Per quanto riguarda le infezioni da [HIV](#), si è assistito ad una significativa riduzione nel numero di casi nell'ultimo decennio (255 casi nel 2017, con tasso di incidenza 6/100.000 abitanti). Nel 2017, è cresciuta la quota (39%) di diagnosi avvenute in stadio avanzato di infezione da HIV e si è ridotta la frequenza delle persone con nuova diagnosi di HIV che si sono testate precedentemente.

Azione 8.1.1 Sviluppo e integrazione dei sistemi di sorveglianza e potenziamento sistemi informativi

Obiettivi dell'azione: miglioramento dei sistemi di sorveglianza esistenti e sviluppo di ulteriori sistemi di sorveglianza per le malattie infettive prioritarie o emergenti, analisi e utilizzo dei dati rilevati attraverso le sorveglianze.

Risultati conseguiti nell'anno

La nuova piattaforma informatizzata di **sorveglianza delle malattie infettive** (monitorata da indicatore sentinella) è stata completata e adottata da tutte le ASL nel 2017.

È stato completato il collegamento di tutte le **anagrafi vaccinali aziendali** al connettore regionale; nel 2019 sarà disponibile l'anagrafe vaccinale regionale completa. Anche nel 2017 sono stati organizzati incontri tecnici e formativi per gli operatori sanitari coinvolti nella sorveglianza e nel controllo delle malattie infettive (MIB, malattie prevenibili da vaccini, malattie trasmesse da vettori, antibiotico-resistenze e ICA), a cui hanno partecipato tutte le ASL.

Il sistema di sorveglianza di **contatti TB** è adottato da tutte le ASL e proseguirà anche nei prossimi anni.

È continuata l'indagine di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e antimicrobico-resistenze (AMR) nelle strutture per acuti e residenziali (indagine ECDC), nell'ambito di progetti europei e nazionali, e la rilevazione dei sistemi nazionali dedicati alle ICA e AMR per una proposta di integrazione e di informatizzazione (progetto centrale CCM-Ministero della Salute): è stato indagato un campione nazionale e svolta una indagine allargata in Piemonte. Inoltre, dopo adeguata formazione degli operatori, è stata svolta una indagine sui pazienti acuti in tutti gli ospedali della regione. I risultati son riportati nelle rendicontazioni dei PLP e pubblicati sui siti aziendali.

Per il **monitoraggio dell'uso di antibiotici** in ambito di assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale sono stati analizzati i dati di consumo a livello regionale e di ASL. È attivo dal 2017 il sistema di sorveglianza ed è stato prodotto il primo report sull'utilizzo di antibiotici in Piemonte nel periodo 2013-2016 (disponibile al link: www.seremi.it/sites/default/files/Report%20Consumo%20Antibiotici%20territorio%202013-2016%20ed%202017.pdf).

Nel 2016, le prescrizioni di antibiotici registrate in Piemonte in ambito territoriale corrispondono a **18,3 DDD per 1000 ab. die**. Sebbene in Piemonte si registrino valori di consumo di antibiotici in ambito territoriale inferiori a quelli italiani, la nostra regione, rispetto all'Europa, si colloca **tra le popolazioni a più alto consumo**. Dal 2013 al 2016, a livello regionale, si registra un **trend in calo** del consumo di antibiotici in ambito territoriale pari in media a 0,9 DDD in meno l'anno. Nel 2016, nelle ASL BI, CN1 e VCO si osservano valori di consumo di antibiotici a livello territoriale significativamente inferiori alla media regionale. In Piemonte, a livello territoriale, si registra una forte variazione stagionale dei consumi di antibiotici fra i mesi invernali e quelli estivi (fino al 52% nel 2016).

È proseguito il **monitoraggio dell'attività vaccinale**, sono stati analizzati i dati storici di attività vaccinale e degli indicatori di copertura per coorte di nascita ed è stato prodotto un report regionale, *Le Vaccinazioni in Piemonte. Anno 2016* (ed. 2017). Sono stati pubblicati e divulgati i dati dei casi di TB segnalati in Piemonte nel 2016 ([www.seremi.it/sites/default/files/Report TB Piemonte 2016_0.pdf](http://www.seremi.it/sites/default/files/Report%20TB%20Piemonte%202016_0.pdf)).

Tutti i report sono pubblicati sul sito www.seremi.it

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatori sentinella			
Adozione nuova piattaforma informatizzata	12/12	Inserimento 100% in GEMINI delle notifiche	Tutte le ASL hanno adottato la piattaforma informatizzata di sorveglianza delle malattie infettive
Completamento programma anagrafi vaccinali	11/12	Invio dati di copertura attraverso l'anagrafe vaccinale nei tempi previsti dal Ministero Salute	12 ASL su 12. Permangono difficoltà legate alla gestione informatica del connettore regionale
Attivazione sistema sorveglianza contatti TB	12/12	Invio dati dei contatti TB attraverso il sistema di sorveglianza regionale	12/12 Tutte le ASL hanno attivato il sistema di sorveglianza contatti TB
Attivazione sistema sorveglianza uso antibiotici	Attivo	no	È attivo dal 2017 il sistema di sorveglianza. È stato prodotto il primo report sull'utilizzo di antibiotici in Piemonte nel periodo 2013-2016

Popolazione target: popolazione regione Piemonte.

Attori coinvolti/ruolo: Regione Piemonte, Servizio di riferimento regionale per le malattie infettive SEREMI ASL AL (supporto al coordinamento); Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL, Servizi vaccinali delle ASL, Servizi per la prevenzione del rischio infettivo nelle strutture sanitarie, Laboratori di microbiologia (conduzione), rete Centri IST, reparti di Infettivologia e Pneumologia, area veterinaria territoriale, Istituto Zooprofilattico, rete dell'emergenza, rete dei Centri di Medicina dei Viaggi Internazionali.

Azione 8.5.1 Definizione di programmi regionali di prevenzione e controllo

Obiettivi dell'azione: lo sviluppo di azioni di prevenzione, mirate alla riduzione dei rischi, e di interventi di preparazione alle emergenze sono gli obiettivi di questa azione, attraverso la preparazione e l'adozione di piani e procedure per la gestione di eventuali emergenze, integrando il livello nazionale, quello regionale e quello regionale.

Risultati conseguiti nell'anno

Sono proseguite nel 2017 le azioni per integrare le attività esistenti e attivare gli strumenti organizzativi e le prime aree di intervento su cui agire per la programmazione integrata tra le azioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni comunitarie, quelle correlate all'assistenza e antibioticoresistenze.

All'inizio della **campagna vaccinale** i bambini e i ragazzi da 0 a 16 anni che risultavano inadempienti erano 87.125 su un totale di 579.056. I servizi vaccinali ne hanno recuperati 38.138, il 43,8%.

Le famiglie che non si sono presentate alla prenotazione delle vaccinazioni fissata dall'ASL di competenza o che hanno espresso rifiuto hanno avuto la possibilità di recarsi presso l'ASL senza prenotazione e chiedere la vaccinazione dei propri figli.

In vista del nuovo **Piano regionale emergenze infettive**, nel 2017 si è proceduto alla ricognizione dei sistemi e delle strutture nazionali e regionali dedicati alle emergenze e integrazioni operative; è stato sviluppato un prototipo di documento operativo guida per la rapida pianificazione e organizzazione basato sulla modalità di trasmissione aerea.

È stato avviato e monitorato il sistema di sorveglianza stagionale delle malattie trasmesse da vettori (*Arbovirosi in Piemonte. Report 2017. www.seremi.it*)

Popolazione target: Popolazione generale della Regione Piemonte, gruppi a rischio di patologia, popolazione migrante.

Attori coinvolti/ruolo: Livello regionale: Regione Piemonte, Servizio di riferimento regionale per le malattie infettive SEREMI ASL AL (supporto al coordinamento); Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL, Servizi per la prevenzione del rischio infettivo nelle strutture sanitarie, Laboratori di microbiologia, rete Centri IST, reparti di Infettivologia e Pneumologia, area veterinaria territoriale, Istituto Zooprofilattico, rete dell'emergenza, rete dei Centri di Medicina dei Viaggi Internazionali.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
<i>Predisposizione nuovi piani: Zyka virus*</i>	Realizzazione del piano	Applicazione della procedura per la gestione dei casi sospetti di malattia da vZyka	Aggiornamento piano regionale vettori
<i>Aggiornamento piani</i>			
Emergenze infettive	Documento applicazione	no	Prototipo di documento operativo guida
Agenti classe IV	Documento applicazione	no	Bozza di documento applicazione (documento interno)
Piano malattie trasmesse da vettori	Adozione piano regionale	Applicazione della procedura per la gestione dei casi sospetti di malattia da vettore	Avviato e monitorato il sistema di sorveglianza stagionale
Piano pandemia influenzale	Report analisi di contesto	no	Bozza di report della ricognizione dei sistemi (documento interno)

* nel 2017 il piano per il Coronavirus è sostituito dal piano per Zyka virus.

Azione 8.5.2 Azioni di comunicazione

Obiettivi dell'azione: la promozione della conoscenza del fenomeno della antibioticoresistenza, dell'uso consapevole degli antibiotici e l'adesione consapevole ai programmi vaccinali costituiscono gli obiettivi dell'azione di comunicazione.

Risultati conseguiti nell'anno

La sperimentazione del Blog "perchevaccino.it" in collaborazione con la AUSL Romagna-Rimini è stata sospesa per via di problemi tecnici e delle priorità di realizzazione di quanto previsto dalla Legge 119: contatto delle famiglie per proporre appuntamenti per il recupero delle vaccinazioni non effettuate, informazione e comunicazione sull'obbligo vaccinale, comunicazioni con le scuole per le disposizioni di legge per gli inadempienti. Sul sito regionale sono state pubblicate la sintesi della Circolare regionale del 30/08/2017 e il volantino con le indicazioni del numero verde contattabile per avere informazioni e i documenti necessari scaricabili per l'autocertificazione.

Nell'ambito della comunicazione sull'argomento dell'antibiotico-resistenza, l'attività di comunicazione è stata limitata ad interventi agli ospedali e ai prescrittori sul territorio in occasione della settimana internazionale dedicata (sui siti aziendali sono state pubblicate le iniziative intraprese), per due motivi: (1) l'orientamento previsto anche nel PNCAR di realizzazione di campagne di informazione nazionali coordinate e intersettoriali, (2) le evidenze scientifiche che mostrano l'efficacia di campagne informative e di sensibilizzazione efficaci solo se inserite in un contesto di attività e interventi di prevenzione che coinvolgono i prescrittori.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Campagna antibiotico resistenze	Produzione documento Avvio campagna informativa	Documento di attività dei Presidi ASO e ASL riguardo antibioticoresistenze e infezioni correlate all'assistenza	Attività di comunicazione rivolta a ospedali e prescrittori
Comunicazione sociale vaccinazioni	Realizzazione e attivazione del blog	Almeno una iniziativa attivata per raggiungere popolazioni target per ogni ASL	Sospesa

9 • Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Quadro degli obiettivi centrali e regionali

Macro obiettivo	MO 10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli		
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR 2019
OC 10.1 Adottare piani di controllo/ monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, medicina veterinaria, ambiente e agricoltura	OSR 9.1 Predisporre il PRISA prevedendo protocolli e percorsi integrati, sia a livello regionale, sia a livello locale tra autorità ed organi di controllo e/o altri settori od amministrazioni	Indicatore per OSR 9.1 Produrre documento programmazione e rendicontazione PRISA/PAISA annuale tutte le ASL Numero di protocolli di intervento integrato/accordi	Standard per OSR 9.1 Documenti di programmazione e rendicontazione annuali Almeno 2 protocolli/accordi
OC 10.2 Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	OSR 9.2 Implementazione del sistema di gestione della ricetta elettronica con rielaborazione statistica al fine di individuare gli antibiotici più utilizzati, i volumi di consumo, specie animali target per individuare una soglia quale indicatore d'uso improprio. Definire strategie di intervento per la riduzione dell'impiego di antibiotici in allevamento. Controllo tempi di sospensione. Controllo random dichiarazione al macello con registro di stalla	Indicatore per OSR 9.2 Numero eventi di sensibilizzazione/ informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco, rivolto ai portatori di interesse (a partire dai distributori e grossisti fino a coinvolgere i medici veterinari prescrittori, se e quando l'obbligo di ricetta elettronica sarà a regime)	Standard per OSR 9.2 Almeno 1 evento nell'80% delle ASL
OC 10.3 Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore veterinario	OSR 9.3 Mantenere aggiornati gli strumenti per potenziare le indagini epidemiologiche sulle MTA. Valutare la possibilità di individuare dei laboratori clinici "sentinella" per quadrante in grado di fornire un quadro dei microrganismi potenzialmente patogeni circolanti nella popolazione umana da sottoporre a genotipizzazione per rilevare eventuali correlazioni con i microrganismi presenti negli alimenti	Indicatore per OSR 9.3 Revisione di linee di indirizzo e accordi per il miglioramento della capacità diagnostica dei laboratori	Standard per OSR 9.3 Almeno 1 documento di revisione linee di indirizzo/accordo
OC 10.4 Completare i sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi.	OSR 9.4 Individuare strategie e obiettivi per l'implementazione delle anagrafi delle imprese alimentari e del settore dei mangimi	Indicatore per OSR 9.4 Percentuale di conformità agli indirizzi nazionali delle anagrafi regionali/ASL	Standard per OSR 9.4 100% conformità
OC 10.5 Gestire le emergenze epidemiche veterinarie e non e gli eventi straordinari	OSR 9.5 Effettuare una revisione, valutando eventuali modifiche ed integrazioni, dei protocolli disponibili per la gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche in medicina veterinaria ed eventuali interventi straordinari	Indicatore per OSR 9.5 - Piano di intervento per la gestione delle emergenze. - Eventi esercitativi/formativi su base regionale.	Standard per OSR 9.5 - Revisione/implementazione piano gestione emergenze - Almeno 2 eventi esercitativi/formativi su base regionale
OC 10.6 Prevenire le malattie infettive e diffuse trasmissibili tramite vettori animali	OSR 9.6 Implementare protocolli e programmi di sorveglianza della fauna selvatica per la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili al patrimonio zootecnico e all'uomo	Indicatore per OSR 9.6 Approvazione e attuazione di un piano di monitoraggio	Standard OSR 9.6 1 piano di monitoraggio
OC 10.7 Assicurare un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici	OSR 9.7 Portare a termine il processo di ridefinizione delle competenze tra ARPA e IZS. Prevedere nell'ambito dei rapporti tra Autorità competente regionale e laboratorio, un processo di valutazione e approvazione delle nuove tecniche analitiche prima del loro impiego nell'ambito del controllo ufficiale	Indicatore per OSR 9.7 Revisione protocollo tecnico	Standard per OSR 9.7 Protocollo tecnico revisionato
OC 10.9 Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici o intolleranti	OSR 9.8 Sorvegliare e promuovere la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare e la corretta informazione al consumatore	Indicatore per OSR 9.8 - Attuazione programma verifiche sale iodato in esercizi commerciali e ristorazione collettiva in tutte le ASL - Attuazione programmi formativi/informativi per addetti ristorazione collettiva/pubblica su aspetti nutrizionali e gestione allergeni in tutte le ASL	Standard per OSR 9.8 - Attuazione programma in tutte le ASL - Attuazione programmi formativi/informativi in tutte le ASL
OC 10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica			

OC 10.11 Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale	OSR 9.9 Predisporre un programma di formazione regionale per il personale addetto ai controlli ufficiali al fine individuare i fabbisogni ed assicurarne il soddisfacimento anche mediante il coordinamento delle iniziative locali	Indicatore per OSR 9.9 Percentuale del personale formato addetto ai controlli ufficiali	Standard per OSR 9.9 100% personale formato
OC 10.12 Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004	OSR 9.10 Effettuare una revisione delle procedure per lo svolgimento degli audit sulle autorità competenti Predisporre i programmi di audit sulle autorità competenti locali. Svolgere gli audit ed effettuare il riesame	Indicatore per OSR 9.10 Audit su tutte le autorità competenti locali (ASL) da parte dell'Autorità competente regionale	Standard per OSR 9.10 Almeno un audit in ogni ASL
	OSR 9.11 Attuare azioni di informazione e comunicazione in tema di sicurezza alimentare e più in generale sul rapporto alimentazione e salute nei confronti dei soggetti istituzionali e portatori di interesse	Indicatore per OSR 9.11 Strategia di comunicazione coordinata a livello regionale/AS	Standard per OSR 9.11 1 report sulle attività di comunicazione

Indicatori sentinella del programma

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
9.1.1 Evento regionale di sensibilizzazione e informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco	Almeno 1 evento formativo nel 50% delle ASL (n. 6)	Per tutte le ASL: Organizzazione di almeno 1 evento formativo	10 ASL hanno organizzato eventi formativi sull'impiego razionale degli antimicrobici in medicina veterinaria (ASL AL, AT, CN1, BI, CN2, Città di Torino, TO4, TO5, VC e VCO)
9.8.1 Raccolta annuale dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato e trasmissione al MS e all'ISS secondo il percorso standardizzato.	1 documento di sintesi prodotto (evidenza documentale)	Per tutte le ASL: Raccolta annuale dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato	Tabella di rendicontazione dei dati di attività 2016-2017 trasmessa all'Istituto Superiore di Sanità con nota prot. 5053 del 23/02/2018 Tutte le ASL hanno effettuato la raccolta dati (Sistema informativo regionale)
9.10.1 Numero audit sulle ACL effettuati /anno	Da 4 a 6 audit effettuati su ACL (evidenza documentale)	----	6 audit effettuati su ACL

Azione 9.1.1.	Costituire e promuovere l'operatività di un Gruppo di lavoro regionale per la valutazione del rischio nel campo della sicurezza alimentare a supporto del Settore Regionale Prevenzione Veterinaria
Azione 9.1.2.	Migliorare il livello di coordinamento tra Autorità Competente e Organi di Controllo

Obiettivi dell'azione

- Integrare competenze e professionalità, valutare e monitorare criticità e problematiche emergenti, proporre opzioni gestionali appropriate rispetto a rischi definiti.
- Promuovere e migliorare il livello di coordinamento tra le diverse Autorità ed i diversi organi di controllo.

Risultati conseguiti nell'anno

Nel 2017 il gruppo di coordinamento regionale istituito con DGR 17/05/2011, n. 25-2024 ha redatto tre documenti di **approfondimento scientifico** su tematiche di interesse locale e regionale: *Azioni di contrasto nell'antibiotico-resistenza 2017-2020*; *Riepilogo azioni e indicatori previsti dal Piano Nazionale per il contrasto dell'antibiotico resistenza 2017-2020, per le Regioni e le ASL, suddivisi per le aree di Sanità pubblica umana e di Sanità pubblica veterinaria*; *Esposizione di crostacei vivi ai fini della vendita o della somministrazione*. I documenti, disponibili agli operatori, sono consultabili all'indirizzo www.ceirsa.org/.

Come previsto dalla DD 751 del 19/11/2014 il Responsabile del gruppo di progetto PAISA per ogni ASL, oltre ad essere il referente del programma 9 del PLP, è componente di diritto del tavolo di coordinamento regionale della sicurezza alimentare. Il 1° dicembre 2016 si è svolta una riunione programmatica con i responsabili dei gruppi di progetto PAISA al fine di condividere le proposte e avviare un confronto su metodi e strumenti di lavoro. La riunione è stata finalizzata alla costituzione di una **struttura rigida di governo del Piano regionale integrato dei controlli di sicurezza alimentare (PRISA)** composta dai Coordinatori dei gruppi aziendali PAISA, che lavori, insieme ai riferimenti regionali, alla predisposizione del Piano, alla rendicontazione degli obiettivi e al rispetto dei LEA.

È continuato il ciclo di programmazione e di coordinamento regionale in materia di sicurezza alimentare secondo quanto previsto con DGR n. 31-1747 del 13/07/2015 di approvazione del Piano Regionale Integrato Sicurezza Alimentare PRISA 2015-2018.

Il 16 febbraio 2017 il documento di programmazione dei controlli ufficiali PRISA 2017 è stato discusso e condiviso in seno al Tavolo di collaborazione e coordinamento tra autorità competenti e gli altri organi di controllo che, a vario titolo, intervengono lungo le filiere agroalimentari, così come demandato dalla Giunta Regionale alla Direzione Sanità e come definito dal DLgs 193/2007.

Con Determinazione Dirigenziale n. 264 del 13/04/2017 è stato approvato il PRISA 2017 e revisionato il Protocollo tecnico per la gestione del rapporto tra l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta e le autorità competenti sulla sicurezza alimentare a livello regionale e ASL nell'ambito dei controlli microbiologici sugli alimenti. Nello specifico il PRISA 2017 è stato allineato agli indirizzi contenuti nelle *Linee Guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004* approvate con accordo della Conferenza Stato Regioni 212/CSR del 10/11/2016.

In un'ottica di continuità si è ulteriormente rafforzato il processo di **integrazione delle attività di sicurezza alimentare fra i servizi veterinari e medici** dei Dipartimenti di Prevenzione, con l'intento di armonizzare gli obiettivi e i comportamenti e prevedendo, contestualmente, l'integrazione dell'uso delle risorse umane nelle attività di controllo sulle imprese a competenza mista. Nel contempo è stata incrementata l'attività di controllo di sicurezza alimentare congiunta con gli altri organi di controllo (UVAC, PIF e USMAF) e del Comando Carabinieri per la tutela della Salute (NAS).

Alla luce della nota indirizzata alle Regioni dal Ministero della Salute (prot. n. 15168 del 12/04/2017) che modifica in parte gli allegati 6, 7 e 8 delle Linee guida 882-854, è stato necessario provvedere ad una parziale **revisione del Protocollo tecnico per l'effettuazione dei controlli microbiologici sugli alimenti** allegato al PRISA 2017. Il documento (rev. 4:2017) è stato trasmesso ai Servizi con nota prot. 16299 del 28/07/2017.

Il 14 dicembre 2017 si è riunito nuovamente il Tavolo di collaborazione e coordinamento tra autorità competenti e gli altri organi di controllo al fine di valutare i primi esiti e le eventuali criticità delle collaborazioni operative tra autorità competenti e organi di controllo instauratesi nel 2017 e porre le basi per la programmazione 2018.

A livello locale, come da specifica indicazione regionale i gruppi PAISA delle 12 ASL hanno elaborato il documento di programmazione dei controlli in ambito locale, e successivamente quello di rendicontazione. I responsabili dei gruppi di progetto PAISA hanno partecipato al gruppo regionale.

Sono stati organizzati 10 eventi formativi finalizzati alla sensibilizzazione/informazione sulla corretta **gestione del farmaco veterinario**, la riduzione dell'antibiotico-resistenza e l'utilizzo della ricerca elettronica veterinaria, che sarà obbligatoria da settembre 2018 da parte delle seguenti ASL: AL, AT, BI, CN1, CN2, Città di Torino, TO4, TO5, VC e VCO. Inoltre, accanto ai momenti "ufficiali" si sono svolti incontri con allevatori e veterinari, presso le aziende di allevamento, nel corso dei controlli, durante i quali sono state puntualizzate le modalità di corretta gestione del farmaco veterinario e richiamati gli adempimenti formali correlati (ASL VC). È stata in ultimo svolta una specifica attività di sensibilizzazione dei veterinari liberi professionisti, operanti nelle strutture di cura per animali d'affezione, rispetto al corretto uso degli antimicrobici, al fine della prevenzione dei fenomeni di antibiotico-resistenza. (ASL TO3).

Tutte le ASL hanno rafforzato i livelli di integrazione tra i servizi e con gli altri organi di controllo in fase di attuazione delle attività di ispezione e campionamento. Nello specifico sono state condotte attività congiunte con Carabinieri dei NAS, Capitaneria di porto, Corpo forestale dello Stato e UVAC relativamente ai negozi di vendita di prodotti etnici.

Le ASL AL, AT, CN1, CN2, NO, Città di Torino, TO3, TO4, TO5, VC, VCO hanno dato attuazione al programma di attività congiunte in materia di controlli sulla filiera ittica concordato con la CPGE - Direzione Marittima/Capitaneria di Porto di Genova.

A riprova dell'ottimo livello di collaborazione e integrazione raggiunto con gli altri organi di controllo, lo standard atteso per gli eventi formativi aperti a organi di controllo esterni è stato ampiamente superato. 11 ASL su 12 hanno infatti realizzato eventi con il coinvolgimento delle altre figure che a vario titolo entrano nella filiera dei controlli ufficiali in sicurezza alimentare: AL, AT, CN1, CN2, NO, Città di Torino, TO3, TO4, TO5, VC, VCO.

Popolazione target: Popolazione residente in Regione Piemonte.

Attori coinvolti: Rappresentanti dei settori regionali della Sanità, ARPA, IZS, DORS, ASL SVet, SIAN, SISP, SPRESAL, Università, Assessorato all'Agricoltura, all'Ambiente, gruppo/sottogruppo PAISA integrato da altri componenti, altri organi di controllo, enti/istituzioni interessate.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro e svolgimento delle riunioni (lettera di convocazione e verbale/sintesi proposte di intervento)	Lettera di convocazione e verbale di almeno 1 riunione (evidenza documentale)	-----	Riunione programmatica del 01/12/16 con i responsabili dei gruppi di progetto PAISA
Numero documenti (schede, sintesi, revisione letteratura, proposte gestionali, definizione strategie di comunicazione, ...)	Almeno 1 documento prodotto (evidenza documentale)	-----	Prodotti 3 documenti: - Azioni di contrasto nell'antibiotico-resistenza 2017-2020; - Riepilogo azioni e indicatori previsti dal Piano Nazionale per il contrasto dell'antibiotico resistenza 2017-2020; - Esposizione di crostacei vivi ai fini della vendita o della somministrazione
Indicatore sentinella: Evento regionale di sensibilizzazione e informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco	Almeno 1 evento formativo nel 50% delle ASL (n. 6)	Per tutte le ASL: Organizzazione di almeno 1 evento formativo	10 ASL hanno organizzato eventi formativi sull'impiego razionale degli antimicrobici in medicina veterinaria (ASL AL, AT, CN1, BI, CN2, Città di Torino, TO4, TO5, VC e VCO)
Produrre documento programmazione e rendicontazione PAISA	100% delle ASL producono 1 documento di programmazione e rendicontazione PAISA	Produrre un documento di programmazione e rendicontazione PAISA	Documento prodotto da tutte le ASL
Percentuale degli eventi formativi aperti a organi di controllo esterni	1 evento formativo aperto a organi di controllo esterni da parte di almeno il 40% delle ASL	Per tutte le ASL: organizzare almeno 1 evento formativo aperto a organi di controllo esterni	11 ASL hanno organizzato eventi formativi aperti a organi di controllo esterni (AL, AT, CN1, CN2, NO, Città di Torino, TO3, TO4, TO5, VC e VCO)

Azione 9.3.1. Potenziare il sistema di sorveglianza e gestione MTA

Obiettivi dell'azione: Aggiornare e implementare gli strumenti per potenziare le indagini epidemiologiche sulle MTA.

Risultati conseguiti nell'anno

Il 15 dicembre 2017 si è svolto in ambito regionale il **corso di formazione/informazione Malattie trasmesse da alimenti: procedure per la gestione ed il controllo**. L'evento, rivolto agli operatori del Servizio Sanitario Nazionale della regione Piemonte coinvolti nella gestione degli episodi delle malattie a trasmissione alimentare, ha avuto un approccio multidisciplinare con la realizzazione di lezioni teoriche *ex cathedra* e una esercitazione pratica svolta in piccoli gruppi per la simulazione di episodi di malattia alimentare e la corretta gestione di tutti gli aspetti ad essi correlati. L'obiettivo principale del corso è stato quello di approfondire le procedure da mettere in atto e la verifica del funzionamento e/o delle criticità nell'applicazione delle stesse.

Continua inoltre ad essere disponibile a livello regionale lo strumento **MATrice MTA** realizzato nell'ambito di un progetto finanziato dalla Regione Piemonte nel 2015, al fine di indirizzare le ricerche diagnostiche in caso di malattia a trasmissione alimentare. Lo strumento, consultabile all'indirizzo www.ceirsa.org/matrice.php, dispone anche di una sezione contenente l'aggiornamento della documentazione per l'attività dei gruppi di lavoro regionale e locali per la sorveglianza sulle MTA.

Nel 2017 è stato portato a termine lo **studio di fattibilità** con la produzione della relativa documentazione di supporto, avviato al fine di predisporre l'**aggiornamento delle linee guida regionali per la gestione delle MTA** e più in generale la ridefinizione di ruoli e funzioni nell'ambito del CRR (Centro di riferimento regionale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie trasmesse da alimenti).

Gli operatori dei servizi SIAN e Veterinari dei Dipartimenti di prevenzione hanno partecipato all'evento di formazione/aggiornamento regionale finalizzato alla gestione degli episodi di MTA.

Popolazione target: Popolazione residente in Regione Piemonte.

Attori coinvolti/ruolo: Gruppo MTA. Referenti e gruppi locali MTA.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Numero interventi di informazione/formazione sulla gestione degli episodi di MTA, sia a livello locale che regionale	1 evento di informazione/formazione sulla gestione degli episodi di MTA	-----	Corso di formazione/informazione <i>Malattie trasmesse da alimenti: procedure per la gestione ed il controllo</i> , 15/12/2017
Documento con studio di fattibilità	100%	-----	Studio di fattibilità completato

Azione 9.4.1. Completare i sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi

Obiettivi dell'azione: Assicurare l'affidabilità dei sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi.

Risultati conseguiti nell'anno

L'**adeguamento delle anagrafi** gestite dalle ACL alla "Masterlist Regolamento CE 852/2004" può essere valutato positivamente a fronte del fatto che quasi tutte le ASL hanno raggiunto la percentuale di copertura pari al 90% richiesta. In particolare, si è reso necessario, anche in previsione dell'implementazione del sistema informativo regionale, l'**aggiornamento dei sistemi informativi della sicurezza alimentare**, assicurando l'inserimento dei dati in tempo reale, l'eliminazione delle attività cessate e delle registrazioni plurime.

Uno scostamento rispetto al valore atteso è registrato in misura lieve dalle ASL TO3 e TO5, e in misura più significativa dall'ASL Città di Torino che ha comunque continuato anche nel corso del 2017 la corposa attività di pulizia delle anagrafiche.

La problematica situazione dell'archivio ditte disponibile per la Città di Torino, già sottolineata in occasione di Audit regionali di sistema svolti nell'anno 2015 e 2017 così come nei documenti di programmazione aziendali (PAISA), ha indotto a richiedere un intervento specifico alla Direzione Generale e Sanitaria dell'ASL, in considerazione del fatto che le difformità dei dati presenti in archivio prevedono un lavoro di allineamento stimato in parecchi anni, qualora tale azione debba essere affrontata solamente con le risorse attualmente disponibili.

Popolazione target: Imprese alimentari.

Attori coinvolti/ruolo: Gruppo regionale.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Percentuale di conformità delle anagrafi regionali, o in alternativa delle ASL, alla "Masterlist regolamento CE 852/2004".	90% delle anagrafi regionali conformi alla "Masterlist"	90% delle imprese afferenti alle singole ASL aggiornate ed integrate	90% in 9 ASL su 12

Azione 9.5.1. Gestire le emergenze in medicina veterinaria

Obiettivi dell'azione: Gestire le emergenze epidemiche veterinarie e non e gli eventi straordinari.

Risultati conseguiti nell'anno

Nel 2017 è stata portata a termine l'attività di **revisione /aggiornamento delle procedure per la gestione delle emergenze epidemiche**.

È stato organizzato un evento esercitativo regionale, con la collaborazione dei Presidi Multizonali (PMPPV), avente come oggetto la gestione di un focolaio di influenza aviaria ad alta patogenicità. L'incontro si è svolto il 22 novembre 2017 e ha coinvolto gli operatori dei Servizi veterinari di area A, B e C dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL piemontesi.

Nell'anno 2017 l'Area di Sanità Animale dell'ASL AT ha dovuto fronteggiare un **focolaio di influenza aviare H5N8 HPAI** presso un allevamento di 48.000 galline ovaiole, insorto il 31/10/2017. Sono stati applicati i protocolli previsti dal manuale di emergenza per l'I.A. e, dopo l'isolamento del virus, in 5 giorni è stato depopolato il sito. L'intervento è stato compiuto in sinergia con tutti i Presidi Multizonali del Piemonte: Alessandria, Cuneo, Torino e Novara.

L'evento formativo esercitativo regionale è stato occasione di formazione/divulgazione per la diffusione dei protocolli aggiornati per la gestione delle emergenze epidemiche. Nell'occasione il direttore del PMPPV competente per il quadrante sud/est (Alessandria/Asti) ha relazionato, in merito alla gestione del focolaio di I.A., evidenziando criticità riscontrate, punti di forza e punti di debolezza.

Inoltre sono stati realizzati eventi formativi in ambito locale, dalle singole ASL, sulla gestione pratica dell'emergenza sanitaria di sanità animale.

Popolazione target: Imprese alimentari, popolazione generale.

Attori coinvolti/ruolo: Operatori regionali e delle ASL dei servizi veterinari, SIAN e altri servizi/enti emergenza.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Revisione dei protocolli integrati e individuazione di modalità di coordinamento tra i diversi sistemi per la gestione delle emergenze con indirizzi e procedure per le attività nelle ASL	100%	---	Terminata revisione procedure gestione emergenze epidemiche
Numero incontri di divulgazione/formazione per la diffusione dei protocolli	1 incontro a livello regionale	---	Evento di formazione/divulgazione per la diffusione dei protocolli aggiornati per la gestione delle emergenze epidemiche (22/11/2017)
Numero di eventi esercitativi, su scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale	1 evento a livello regionale	---	Evento esercitativo regionale sulla gestione di un focolaio di influenza aviaria ad alta patogenicità (22/11/2017)

Azione 9.6.1. Prevenzione malattie infettive della fauna selvatica

Obiettivi dell'azione: Implementare protocolli e programmi di sorveglianza della fauna selvatica per la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili al patrimonio zootecnico e all'uomo.

Risultati conseguiti nell'anno

Il Piano regionale per il controllo sanitario della fauna selvatica è stato approvato con DD n. 919 del 29 dicembre 2016, con l'obiettivo di garantire il monitoraggio dello stato sanitario delle popolazioni selvatiche del territorio regionale attraverso una distribuzione dei campioni omogenea e statisticamente significativa, che consenta di evidenziare rapidamente l'insorgenza di mortalità e morbilità anomala tra la fauna selvatica, anche in conseguenza dei flussi dati per Ministero Salute/CERMAS e le linee guida nazionali riguardanti la fauna selvatica, in fase di approvazione finale.

La scelta delle patologie da indagare è il frutto di un'attività di individuazione delle **patologie prioritarie** condotta secondo una valutazione multifattoriale dove ad ogni fattore è stato attribuito un punteggio di 1 o 0 per arrivare alla classificazione sulla base del punteggio totale. Le patologie considerate prioritarie ai fini del piano sono: Rabbia, Tubercolosi, Brucellosi, Peste Suina Classica, Influenza aviaria, West Nile Fever, Trichinellosi, Salmonellosi, Echinococcosi, malattia di Aujeszky, malattia di Newcastle.

Tutte le ASL hanno ottemperato a quanto previsto dal piano regionale per quanto riguarda numeri, modalità e tempi di attuazione previsti. Le Aziende sanitarie hanno rispettato lo standard previsto dall'indicatore mantenendo il monitoraggio su almeno 5 malattie ed eseguendo tutti i campionamenti assegnati dal programma. Nel corso dell'attività di monitoraggio è stata evidenziata nell'ASL TO3 una positività per trichinella su campione prelevato da cinghiale cacciato. Si è quindi proceduto alla ricerca di contatti con le associazioni venatorie finalizzati a concordare l'effettuazione di momenti formativi intorno ai possibili rischi derivanti dal consumo di carni di animali cacciati, nell'ottica di una azione preventiva a carattere condiviso.

L'ASL Città di Torino ha proseguito l'attività di indagine sulla diffusione ambientale di *Campylobacter* termofili e *Salmonella* spp. sul territorio della città di Torino (che ha preso avvio con il PLP 2010-2012), mediante una specifica survey che prevede campionamenti sistematici di deiezioni di avifauna (segnatamente *Columba livia*) nella totalità delle aree mercatali cittadine ed in altri siti a rischio igienico-sanitario.

Popolazione target: Popolazione animale selvatica in Regione Piemonte.

Attori coinvolti/ruolo: Servizi veterinari in collaborazione con IZS, Università, Agricoltura, Enti parco ed altri soggetti interessati.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Numero malattie dei selvatici monitorate	5 malattie dei selvatici monitorate	5 malattie dei selvatici monitorate	Malattie considerate prioritarie: Rabbia, Tubercolosi, Brucellosi, Peste Suina Classica, Influenza aviaria, West Nile Fever, Trichinellosi, Salmonellosi, Echinococcosi, malattia di Aujeszky, malattia di Newcastle
Proporzione campioni prelevati/campioni programmati	100% campioni prelevati/campioni programmati	100% campioni prelevati/campioni programmati	100%
Report verifica risultati	1	-----	N.D.

Azione 9.7.1. Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio per i controlli

Obiettivi dell'azione: Assicurare la capacità di laboratorio per i controlli nel settore della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare e garantire l'utilizzo di eventuali nuove tecniche analitiche, previo parere condiviso tra Laboratorio e Autorità competente regionale per la sicurezza alimentare.

Risultati conseguiti nell'anno

La DD n. 264 del 13/04/2017, di approvazione del PRISA 2017, ha anche revisionato il **Protocollo tecnico** per la gestione del rapporto tra l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta e le autorità competenti sulla sicurezza alimentare a livello regionale e di ASL nell'ambito dei controlli microbiologici sugli alimenti.

Per uniformare l'attività programmata agli indirizzi contenuti nelle *Linee Guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004*, approvate con accordo Stato-Regioni n. 212/CSR del 10/11/2016, ulteriormente modificati con nota DGISAN n. 15168 del 12/04/2017, il protocollo tecnico regionale per le analisi microbiologiche ha subito una ulteriore revisione nel mese di luglio 2017 (rev 4:2017) ed è stato trasmesso alle ASL il 28/07/2017.

Sono state svolte da parte dell'ASL TO5 specifiche attività legate al mandato regionale attribuito al CeIRSA in merito alla sorveglianza delle malattie a trasmissione alimentare (MTA) e all'interpretazione dei risultati relativi alle analisi microbiologiche.

Inoltre l'ASL VC ha effettuato una specifica attività di formazione locale degli operatori su *Campionamento di cereali e di mangimi: alcuni aspetti da approfondire*, con la partecipazione di tutti gli operatori maggiormente coinvolti a livello operativo nel settore specifico (TPALL, Veterinari Area B, SIAN e Veterinari Area C). Si è svolto altresì un audit interno finalizzato alla valutazione della qualità e appropriatezza del campionamento e della gestione del risultato analitico che ha coinvolto i quattro servizi per la sicurezza alimentare.

Popolazione target: Servizi sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare in Regione Piemonte.

Attori coinvolti/ruolo: Servizi veterinari, Sian, IZS, ARPA ed altri soggetti interessati.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Protocollo tecnico revisionato per le analisi microbiologiche che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste/comunitarie, nazionali e locali, ivi incluse quelle laboratoristiche)	Protocollo tecnico revisionato (evidenza documentale)	-----	Protocollo tecnico revisionato (Rev. 03-2017 e Rev. 4-2017)

Azione 9.8.1. **Migliorare la qualità nutrizionale e la sicurezza dell'offerta alimentare**

Obiettivi dell'azione: Migliorare la conoscenza e la capacità di gestione dei rischi nutrizionali e da allergeni da parte degli operatori del settore alimentare. Aumentare la disponibilità di alimenti salutari.

Risultati conseguiti nell'anno

Sul fronte del miglioramento della qualità nutrizionale e della sicurezza dell'offerta alimentare tutte le ASL hanno ampiamente soddisfatto lo standard atteso effettuando più **eventi formativi/informativi per gli OSA** e il personale sanitario e realizzando almeno 20 interventi di vigilanza/valutazione nutrizionale nella ristorazione collettiva, con un'attenzione agli aspetti qualitativi e quantitativi dei pasti somministrati, utilizzando in tutte le ASL la check list di recente introduzione per la sorveglianza nutrizionale.

Inoltre tutte le ASL hanno effettuato la raccolta annuale dei dati relativi ai controlli eseguiti nelle **verifiche di sale iodato**, attraverso la compilazione dell'apposito format e il caricamento dei dati sul sistema informativo SIAN Piemonte. L'attività di verifica svolta annualmente in tutte le ASL del Piemonte viene attuata in maniera opportunistica in occasione dei controlli ufficiali programmati presso punti vendita al dettaglio e di sorveglianza nutrizionale presso la ristorazione collettiva. I dati sono disponibili sul sistema informativo SIAN Piemonte.

La tabella di rendicontazione dei dati di attività 2016-2017 è stata trasmessa all'Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento di Malattie Cardiovascolari, Dismetaboliche e dell'Invecchiamento, con nota prot. 5053 del 23/02/2018.

Popolazione target: Popolazione residente in Regione Piemonte.

Attori coinvolti/ruolo: Operatori SIAN/ Veterinari delle ASL.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Raccolta annuale dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato e trasmissione al MS e all'ISS secondo il percorso standardizzato.	1 documento di sintesi prodotto (evidenza documentale)	Per tutte le ASL: Raccolta annuale dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato	Tabella di rendicontazione dei dati di attività 2016-2017 trasmessa all'Istituto Superiore di Sanità con nota prot. 5053 del 23/02/2018 Tutte le ASL hanno effettuato la raccolta dati (Sistema informativo regionale)
Eventi informativi/formativi per gli operatori del settore alimentare o sanitario /anno	Almeno 12 eventi informativi/formativi per gli operatori del settore alimentare o sanitario	Per tutte le ASL: Almeno 1 evento informativo/formativo per gli operatori del settore alimentare o sanitario	Tutte le ASL hanno effettuato eventi informativi/formativi
Interventi di vigilanza/valutazione nutrizionale nella ristorazione collettiva	Almeno 1.440 interventi di vigilanza/valutazione nutrizionale nella ristorazione collettiva	Per tutte le ASL: Almeno 20 interventi di vigilanza/valutazione nutrizionale nella ristorazione collettiva	Tutte le ASL hanno effettuato almeno 20 interventi

Azione 9.9.1. Formazione del personale delle Autorità competenti

Obiettivi dell'azione: Assicurare che il personale delle autorità competenti regionale e locali sia adeguatamente formato.

Risultati conseguiti nell'anno

A livello regionale, è stato effettuato lo specifico programma di formazione regionale rivolto alle AC, allegato al PRISA 2017, che prevedeva **13 eventi formativi**, organizzati dalle 12 ASL e dal laboratorio IZS-PLV, sui diversi aspetti del controllo ufficiale. Gli eventi sono stati coordinati dal livello regionale.

Il 10 maggio 2017 si è svolto un corso di aggiornamento indirizzato ai gruppi di auditors individuati per dare attuazione al programma di audit previsto nel 2017: *Il processo di audit sulle autorità competenti: il quadro europeo, nazionale e regionale anche alla luce delle indicazioni contenuto nella revisione del Regolamento CE n. 882/2004*.

Il 9 giugno 2017 si è svolta una giornata di aggiornamento/approfondimento indirizzata a tutti gli esperti micologi operanti presso gli Ispettorati micologici delle ASL, nel corso della quale sono state illustrate le procedure operative e la modulistica contenute nella DD n. 362 del 31/05/2017 - *Revisione degli "Indirizzi operativi per la gestione dell'Ispettorato micologico delle ASL per la disciplina della commercializzazione dei funghi epigei freschi spontanei da parte dell'OSA"*.

A livello locale, la formazione e il mantenimento del livello di aggiornamento del personale incaricato di svolgere i controlli ufficiali sulle filiere agro-alimentari sono requisiti cogenti previsti dal regolamento CE n. 882/2004. Indicativamente il mantenimento della qualifica avviene, per quanto riguarda la parte di aggiornamento, sia mediante il programma annuale dei corsi interni aziendali, sia mediante la formazione esterna (partecipazione ai corsi PRISA e ad altri corsi individuati sulla base delle esigenze dei singoli e approvate dai Servizi di competenza). Tutte le ASL hanno provveduto ad adeguare i propri programmi di formazione interni e a definire il programma annuale di formazione del personale, assicurando la copertura prevista dagli indicatori per la formazione di base del personale addetto al controllo ufficiale.

L'ASL AL ha effettuato un incontro formativo finalizzato ad interpretare i dati emersi dalle verifiche di efficacia. In particolare, si sono evidenziati alcuni problemi nell'ambito delle ispezioni con altri organi di controllo. A seguito di ciò, si è deciso di organizzare, per l'anno 2018, un evento formativo sulla vigilanza congiunta.

Per l'attuazione del piano di miglioramento dell'attività di controllo ufficiale è necessario prevedere specifici percorsi di formazione e mantenimento nel tempo di una adeguata qualificazione degli operatori addetti al controllo ufficiale/audit. Per tale ragione già nel 2015 l'ASL VC ha predisposto un modello da utilizzare per la valutazione del mantenimento delle competenze del personale che esegue controlli ufficiali, sperimentato su base volontaristica e solo per alcuni Servizi di sicurezza alimentare. I criteri scelti per la costruzione della scheda individuale sono quelli definiti nel capitolo 2 dell'Accordo Stato-Regioni del 7/2/2013 *Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale*.

Popolazione target: Operatori sicurezza alimentare.

Attori coinvolti/ruolo: Gruppo regionale

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Completamento programma di formazione ACR/ACL del personale addetto ai controlli ufficiali	95% del programma di formazione ACR/ACL completato	95% del programma di formazione ACL completato	Programma di formazione completato da tutte le ASL
Numero eventi formativi/anno	Almeno 1 evento formativo organizzato	----	Programma formativo PRISA (13 corsi), corso Audit, corso Micologi
Percentuale di personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR formato per il corso base (approfondimento del pacchetto igiene) previsto dall'Accordo/totale del personale afferente ai servizi dell'Autorità competente	97% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR formato per il corso base	97% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL formato per il corso base	Il personale ha completato la formazione di base in tutte le ASL
Presenza della programmazione della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del percorso base	75% delle ASL possiedono il programma della formazione del personale	Per tutte le ASL: Definire il programma della formazione del personale	Tutte le ASL hanno definito e rispettato il programma annuale dipartimentale di formazione e aggiornamento del personale

Azione 9.10.1. Audit sulle Autorità competenti

Obiettivi dell'azione: Assicurare che vengano effettuati gli audit sulle autorità competenti.

Risultati conseguiti nell'anno

Nel corso del 2017 l'Autorità competente regionale è stata sottoposta complessivamente a **3 audit**, 2 da parte del Ministero della Salute e uno da parte di FVO. Nello specifico:

- dall'8 al 10 maggio 2017 si è svolto in Piemonte un audit del Ministero della Salute su riproduzione animale - seme, ovuli ed embrioni bovini ed equini destinati agli scambi comunitari (DLgs 132/05, DPR 241/94, DLgs 633/96) che ha coinvolto il Settore regionale Prevenzione e Veterinaria e ha previsto sopralluoghi ispettivi presso operatori di competenza territoriale del Servizio veterinario di Area C dell'ASL CN1;
- dal 17 al 19 ottobre 2018 si è svolto un audit ministeriale finalizzato alla valutazione del sistema di controllo regionale delle anagrafi zootecniche che ha coinvolto il Settore regionale Prevenzione e Veterinaria, i Servizi veterinari di Sanità animale di 2 ASL (CN1 e TO3) e cinque allevamenti zootecnici;
- l'audit dei commissari europei del Food and Veterinary Office - FVO sull'alimentazione animale ha invece interessato il Piemonte nei giorni 1° e 7 giugno 2017. La missione, che ha portato gli ispettori presso due OSA di competenza territoriale delle ASL CN2 e NO, ha compreso i controlli ufficiali riguardanti i requisiti di sicurezza dei mangimi lungo l'intera filiera (inclusi i produttori primari).

Per quanto concerne gli audit di sistema e di settore sulle ACL, la programmazione è stata rispettata al 100%.

Sono stati programmati e realizzati **6 audit, generali e di settore**, che hanno coinvolto 3 settori di controllo e 6 ACL. Gli audit hanno interessato, per la parte generale, il Dipartimento di Prevenzione con attenzione all'organizzazione dei Servizi deputati ai controlli di sicurezza alimentare, per la parte di settore le seguenti aree specifiche di intervento, scelte in base alle esigenze di follow-up per la verifica delle azioni correttive adottate in seguito a precedenti audit:

- ASL TO3 e CN1 audit di settore su produzione primaria: controlli su produzione prodotti della pesca - itticultura;
- ASL AL e Città di Torino audit di settore su alimenti di origine animale: prodotti ittici e mel;
- ASL AT e VC audit di settore sui campionamenti.

Tutte le ASL hanno effettuato e rendicontato l'attività di audit svolta ai sensi dell'art. 4 par. 6 Reg. CE 882/2004.

Popolazione target: Personale delle AC regionale e locale

Attori coinvolti: Gruppo regionale audit e auditors regionali/ASL. Servizi veterinari, SIAN.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: Numero audit sulle ACL effettuati /anno	Da 4 a 6 audit effettuati su ACL (evidenza documentale)	----	6 audit effettuati su ACL
Numero audit su ACR effettuati /anno	1 audit effettuato su ACR (evidenza documentale)	----	Rapporto di audit ministeriale sulle anagrafi zootecniche - 17/19 ottobre 2018
Documento di rendicontazione dell'attività di audit svolta con riesame del programma	1 documento di rendicontazione (evidenza documentale)	----	Documento <i>Riesame del programma di audit 2017</i>

Azione 9.11.1. Definire strategie di comunicazione

Obiettivi dell'azione: Miglioramento della comunicazione a soggetti istituzionali e portatori di interesse

Risultati conseguiti nell'anno

L'azione si propone di definire e implementare una strategia di comunicazione dell'ACR da ribaltare poi, a livello locale, nei PAISA.

La **campagna "Acquista bene conserva meglio"** è stata avviata nel 2017 sulla base di un'intesa sottoscritta (a novembre 2016) tra Assessorato regionale alla sanità e 11 tra le principali organizzazioni regionali dei produttori, degli esercenti e dei consumatori della filiera agro-alimentare (Confcommercio, Confesercenti, Confartigianato, CNA, Movimento consumatori Torino, ADOC Piemonte, Adiconsum, Federconsumatori, Codacons, ACU, ACP), con l'obiettivo di formare gli operatori del settore alimentare a diffondere al consumatore informazioni utili alla corretta conservazione e utilizzo degli alimenti. In quasi tutte le ASL sono stati organizzati incontri formativi/azioni di comunicazione sull'iniziativa e circa 300 sono stati gli operatori alimentari che hanno partecipato ai corsi nel 2017 e aderito all'iniziativa.

Sono proseguite le attività relative al progetto **"Con meno sale la salute sale"** per la riduzione del sale nel pane (v. programma 2).

Inoltre, nonostante non vi fosse una programmazione specifica per il 2017, alcune ASL hanno svolto attività di informazione e comunicazione in tema di sicurezza alimentare e più in generale sul rapporto tra alimentazione e salute nei confronti dei soggetti istituzionali e dei portatori di interesse.

L'ASL BI ha elaborato una relazione sintetica dei risultati di controllo ufficiale, sulla base di uno schema regionale predisposto per la rendicontazione delle attività previste dal PAISA, divulgata a tutti i Sindaci del territorio. In tarda primavera si sono inoltre tenuti due incontri con le associazioni di categoria del biellese che lo hanno richiesto finalizzati a promuovere la campagna regionale "Acquista bene conserva meglio" per formare gli esercenti che hanno aderito a tale progetto e che vogliono porre come mezzo di veicolo di informazioni e di consigli pratici sull'acquisto, l'utilizzo e la conservazione dei cibi.

L'ASL CN1 ha organizzato una giornata seminariale con Associazioni di categoria, Associazioni consumatori e altri organi di controllo del territorio denominata *La sicurezza degli alimenti e la comunicazione al consumatore nell'ASL CN1*. La giornata è stata una utile occasione per rappresentare i modelli di intervento sperimentati con i progetti *Con meno sale la salute sale* e la campagna *Acquista bene, conserva meglio* che hanno rappresentato anche nel 2017 esempi di collaborazione e comunicazione coordinata tra ASL e Associazioni di categoria.

Popolazione target: Soggetti istituzionali e portatori di interesse.

Attori coinvolti/ruolo: Gruppo regionale attività di comunicazione. Servizi veterinari, SIAN.

10 • Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano regionale di prevenzione

Quadro degli obiettivi centrali e regionali

Macro obiettivo	Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione		
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR 2019
<p>Utilizzare i dati derivanti dai sistemi di sorveglianza di popolazione per la pianificazione sanitaria</p> <p>Rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci;</p> <p>Implementare nuovi interventi più costo-efficaci;</p> <p>Estendere a tutto il territorio un sistema informativo che sorvegli qualità e quantità delle azioni di promozione della salute, che sia in grado di selezionare e valorizzare le buone pratiche, di monitorare le attività e quantificarne il consumo di risorse;</p> <p>Adeguare l'information technology e integrare i sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale;</p> <p>Inserire/rafforzare gli indicatori di copertura dei principali interventi di popolazione e gli indicatori di risultato dei direttori generali e della remunerazione di risultato dei professionisti;</p> <p>Utilizzare gli strumenti di gestione e budgeting aziendali per aumentare l'efficienza nell'ottemperare agli adempimenti normativi;</p> <p>Sviluppare il ruolo di steward della prevenzione a livello sia regionale sia di asl nella relazione con i portatori di interesse non del sistema sanitario e con le altre strutturazioni organizzative del sistema sanitario.</p>	<p>OSR 10.1. Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa</p> <p>OSR 10.2. Presidiare la selezione e implementazione di interventi efficaci</p> <p>OSR 10.3. Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale</p> <p>OSR 10.4. Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano</p> <p>OSR 10.5. Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano</p>	<p>Indicatore OSR 10.1 Relazione annuale con i risultati del monitoraggio</p> <p>Indicatore OSR 10.2 Attivazione del laboratorio regionale della prevenzione EBP</p> <p>Indicatore OSR 10.3 Atto regionale</p> <p>Indicatore OSR 10.4 Aziende che hanno realizzato eventi formativi per operatori/ totale Aziende</p> <p>Indicatore OSR 10.5 Eventi /incontri/ tavoli tematici a sostegno delle politiche per la salute e per gli obiettivi di del Piano a livello regionale e nelle ASL</p>	<p>Standard OSR 10.1 Relazione presente</p> <p>Standard OSR 10.2 Laboratorio attivo</p> <p>Standard OSR 10.3 Atto presente</p> <p>Standard OSR 10.4 100%</p> <p>Standard OSR 10.5 Un evento regionale ed eventi nel 100% delle ASL</p>

Indicatori sentinella del programma

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
10.1.1 N. ASL che utilizzano ProSa per la rendicontazione PLP	75%	Utilizzo di almeno un indicatore della lista fornita da DoRS per la rendicontazione	83%
10.1.2 N. ASL che rispettano gli indirizzi annuali (attività previste dal PRP per il livello locale) sul totale delle ASL	100%	<p>PASSI:</p> <ul style="list-style-type: none"> Interviste da effettuare sull'atteso aziendale: minimo da garantire: 80%; livello auspicato: 100% almeno 1 utilizzo dei risultati PASSI aziendali aggiornati almeno 1 azione di comunicazione aziendale del libero accesso on line a risultati aziendali PASSI <p>OKKIO ALLA SALUTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> stesura report aziendale OKkio alla Salute 2016 <p>PASSI D'ARGENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> estrazione della proporzione aziendale del campione secondo le indicazioni regionali: 100% 	100%
10.1.3 N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito/previsti	100%	-----	50%

Azione 10.1.1. **Censimento fonti informative ed eventuale revisione/adattamento flussi**

Obiettivi dell'azione: Assicurare un'adeguata base informativa per il monitoraggio e la valutazione del Piano.

Risultati conseguiti nell'anno

Terminato il lavoro di **analisi delle fonti informative** necessarie per misurare gli indicatori (centrali e di processo) del Piano (vedi documento "Gli indicatori del Piano regionale di Prevenzione 2015-2018 della Regione Piemonte: analisi dei punti critici nei sistemi informativi"), nel 2017 si sono messe in atto, in collaborazione con i gruppi di lavoro e i referenti di programma, alcune azioni correttive delle criticità rilevate. In particolare, in merito alla rilevazione degli indicatori centrali sono state riportate nel documento e discusse con i referenti di programma 42 criticità, 28 delle quali (66%) affrontate e risolte; per quanto riguarda gli indicatori di processo delle azioni PRP, sono state individuate e segnalate ai rispettivi referenti 63 criticità, 47 delle quali (75%) affrontate e risolte; nella maggior parte dei casi le soluzioni prospettate riguardano una più precisa individuazione di referenti e modalità operative per la misurazione di indicatori.

Il gruppo governance ha fornito supporto ai gruppi di coordinamento dei programmi PRP nella fase di avvio della rimodulazione e proroga del PRP, attraverso 3 incontri finalizzati, tra le altre cose, al **monitoraggio degli indicatori centrali del PNP e di processo**, tenendo conto anche della molteplicità di fattori contestuali che, a livello distale e prossimale, agiscono sulla salute, nonché dei fattori individuali agenti da modificatori di effetto, al fine di interpretare correttamente l'andamento degli indicatori. È stato quindi aggiornato il documento riportante l'ultimo valore regionale disponibile degli indicatori centrali del PNP, poi utilizzato per la rimodulazione e proroga del PRP avvenuta nel 2018.

Tra le attività previste per l'azione 10.1.1, vi è l'implementazione di qualità e completezza di un **sistema di sorveglianza integrato degli incidenti stradali**. Le attività svolte sono illustrate nel rapporto del progetto nazionale *Data linkage dei record degli infortunati negli incidenti stradali regionali con i dati del Sistema Informativo Sanitario Regionale* (EP/GR/143, marzo 2018). In sintesi, sono state effettuate valutazioni di qualità del *linkage* tra dati degli infortunati stradali e flussi di prestazioni sanitarie, riportandone i principali indicatori di concordanza e producendo indicatori di gravità del trauma, in accordo con quanto stabilito per il progetto del Programma Statistico Nazionale.

Sono state avviate le attività necessarie per portare a regime la **banca dati ProSa** e condotti interventi formativi e di help desk per il corretto utilizzo da parte delle ASL, in particolare per gli aspetti di completezza nel caricamento dei progetti e di utilizzo degli indicatori estraibili per la rendicontazione dei PLP 2017. Si sono svolte diverse attività formative con 3 edizioni regionali (15/2; 22/2; 8/5) e 5 edizioni locali (ASL TO3 il 22/5; ASL TO4 il 13/6; ASL TO5 il 11/5; ASL CN2 il 14/11; ASL VC il 25/1).

Per permettere la rendicontazione 2017, Dors ha supportato i referenti locali fornendo a ognuno i dati completi estratti da ProSa attraverso: l'avviamento di tabelle dinamiche presenti nell'area riservata della banca dati per visualizzare le statistiche dei progetti caricati e le loro caratteristiche; l'invio di tabelle excel con una sintesi dei dati più significativi e il calcolo degli indicatori PLP rendicontabili con ProSa attraverso algoritmi automatici; estrazioni di query ad hoc dal database per alcuni referenti con particolari esigenze in fase di stesura del piano.

A livello locale, è mediamente diffuso l'utilizzo delle informazioni disponibili per **descrivere il contesto** e definire di conseguenza le azioni dei PLP: 6 ASL su 12 hanno previsto nel PLP una analisi di contesto introduttiva con un profilo di salute aggiornato della popolazione del territorio, quasi tutte (10) presentano una analisi di contesto più o meno sviluppata in alcuni o in tutti i programmi PLP, una sola ASL non utilizza né l'uno né l'altro metodo e quindi non contestualizza le azioni PLP. 10 ASL su 12 hanno poi utilizzato indicatori forniti da ProSa per la rendicontazione dei risultati. Anche a causa dei problemi informatici verificatisi nel corso dell'anno, si registrano ancora difficoltà nel caricamento in ProSa da parte degli operatori ASL e scarsa diffusione dell'utilizzo di ProSa come sistema di monitoraggio.

Popolazione target: Operatori coinvolti nei Piani di Prevenzione regionale e locali.

Attori coinvolti: gruppo Governance/gruppo Monitoraggio; referenti aziendali programmi Guadagnare salute.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
N. proposte presentate ai referenti di programma / n. punti critici individuati	50%	---	100%
Numero soluzioni attuate sul totale delle proposte	30%		66% (indicatori centrali) 75% (indicatori di processo)
Indicatore sentinella: N. ASL che utilizzano ProSa per la rendicontazione PLP	75%	Utilizzo di almeno un indicatore della lista fornita da DoRS per la rendicontazione	83%

Azione 10.1.2. Sorveglianze di popolazione

Obiettivi dell'azione: Utilizzo per la pianificazione e il monitoraggio del piano. Garantire l'attuazione delle sorveglianze secondo i protocolli prestabiliti.

Risultati conseguiti nell'anno

È stato redatto il report regionale della raccolta **OKkio alla Salute** effettuata nel 2016 e tutte le ASL hanno elaborato il report aziendale; i documenti sono pubblicati sui siti aziendali e sul sito regionale. È stata inoltre realizzata dall'ISS una scheda sintetica con i principali dati regionali, reperibile al link: www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportregionali2016/PIEMONTE.pdf.

Tutte le ASL hanno garantito l'effettuazione delle interviste per la sorveglianza **PASSI**: l'indicatore regionale minimo richiesto era stabilito all'80% delle interviste attese e il risultato 2017 è stato dell'**87,7%**. In particolare: 8 ASL: 100% interviste; 1 ASL 110% di 200; 1 ASL: 43% di 440; 1 ASL 72%; 1: 55% di 220. Tutte le ASL hanno inoltre utilizzato i dati PASSI per la comunicazione dei risultati aggiornati di argomenti specifici. La diminuzione di interviste PASSI rispetto agli anni precedenti evidenzia problemi di sostenibilità del sistema, dovute soprattutto alla difficoltà di talune ASL di reperire operatori per attuare le interviste.

Dal livello nazionale non è stato ancora reso disponibile il libero accesso ai risultati aziendali di PASSI-on line, le pagine del sito di Epicentro dedicato alla sorveglianza PASSI.

La sorveglianza **Passi d'Argento** è stata avviata in modo continuativo alla fine del 2016 e, malgrado il ritardo nell'avvio della procedura esternalizzata, sono state effettuate le **800 interviste** utili al campione biennale 2016/2017. Le interviste che caratterizzano il campione regionale sono state programmate in proporzione alla popolazione ultrasessantacinquenne di ciascuna ASL e tutte le ASL hanno effettuato l'estrazione del campione seguendo le indicazioni regionali e hanno garantito le attività di supporto allo svolgimento delle interviste (invio lettere, reperimento numeri di telefono, scambio di informazioni per le sostituzioni e le persone non reperibili, informazioni agli utenti) in stretta collaborazione con il coordinatore regionale, che cura i rapporti con la ditta che ha effettuato le interviste.

A giugno 2017 è stato pubblicato, a cura del SEPI dell'ASL NO, il documento contenente l'aggiornamento al 2015 degli indicatori centrali provenienti dalla sorveglianza PASSI. I dati delle sorveglianze aggiornati non sono stati esplicitamente utilizzati nella programmazione annuale regionale (DD 268 del 18/04/2017) mentre sono ampiamente presenti nelle analisi di contesto dei PLP (in qualche caso con il valore aziendale di alcuni indicatori centrali).

Popolazione target: Portatori di interesse regionali e locali delle diverse tematiche affrontate dalle sorveglianze, in particolare quelle contenute nel PRP (es: operatori scolastici, operatori sanitari, amministratori, popolazione).

Attori coinvolti:

Fonte informativa: campione casuale rappresentativo della popolazione delle diverse classi di età.

Per raccolta dati, analisi, produzione e comunicazione di risultati, promozione di utilizzo dei dati:

- livello locale: operatori di varie strutture, aziendali e non, a vario titolo (rif. in reportistica delle sorveglianze);
- livello regionale: referenti e coordinatori sorveglianze (Seremi, ASL CN1, ASL VCO, SEPI dell'ASL NO).

Per utilizzo dei risultati: portatori di interesse regionali e locali delle diverse tematiche affrontate dalle sorveglianze (es: operatori scolastici, operatori sanitari, amministratori, popolazione).

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella: N. ASL che rispettano gli indirizzi annuali (attività previste dal PRP per il livello locale) sul totale delle ASL	100%	PASSI: • Interviste da effettuare sull'atteso aziendale: minimo da garantire: 80%; livello auspicato: 100% • almeno 1 utilizzo dei risultati PASSI aziendali aggiornati • almeno 1 azione di comunicazione aziendale del libero accesso on line a risultati aziendali PASSI OKKIO ALLA SALUTE: • stesura report aziendale OKkio alla Salute 2016 PASSI D'ARGENTO: • estrazione della proporzione aziendale del campione secondo le indicazioni regionali: 100%	100%
Aggiornamento dati delle sorveglianze nelle programmazioni annuali (aggiornamento degli indicatori degli obiettivi centrali del PNP provenienti dalle sorveglianze nei documenti annuali di programmazione regionale)	100% indicatori aggiornati	---	Aggiornati gli indicatori provenienti dalla sorveglianza PASSI (giugno 2017)

Azione 10.1.3. Monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze

Obiettivi dell'azione: Attuare *health equity audit* sui programmi del piano.

Risultati conseguiti nell'anno

Sono stati condotti nel 2017 due *health equity audit* (HEA): il primo sul setting scuola e il secondo di comunità nella Città di Torino.

L'HEA sul programma 1 è stato realizzato con rappresentanti del mondo della **scuola** utilizzando un approccio complessivo di setting che facilita lo sviluppo di scuole che promuovono salute (*whole-school approach*) e non vede la scuola soltanto come luogo privilegiato per raggiungere la popolazione target e applicare un intervento. Lo strumento di audit (griglia) è stato somministrato in plenaria in maniera assistita a 6 testimoni privilegiati (dirigenti scolastici e referenti alla salute) di 4 istituti comprensivi e 2 secondarie di secondo grado di Torino centro, città metropolitana e altre province tra coloro che, all'interno della rete regionale delle scuole che promuovono salute, avevano già prodotto una policy di istituto sulla quale poter ragionare di disuguaglianze. L'occasione di confronto e formazione (3 incontri nell'anno scolastico 2016-2017) è stato importante poiché nella scuola "equità" è in generale ancora sinonimo di "uguaglianza" (in riferimento ad un sistema universalistico). I Bisogni Educativi Speciali (BES) e i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) veicolano gran parte delle azioni che le scuole attivano per "pareggiare" lo svantaggio, ma incidono poco sul gradiente sociale e inoltre mancano evidenze scientifiche in tema di equità di salute a scuola che orientino le policy.

La filosofia delle "scuole che promuovono salute" ha permesso alle scuole di leggere gli apprendimenti anche attraverso i temi di salute, creato l'occasione e la capacità di creare partnership per progetti su temi di salute nei loro territori e, grazie al percorso intrapreso con l'HEA, hanno appreso che la "vulnerabilità" già citata nelle policy di istituto può essere intesa come meccanismo di generazione di disequità.

Il percorso di HEA messo in pratica nel setting scuola è descritto all'indirizzo www.dors.it/ds/Piemonte/Scuola%20ed%20Health%20Equity%20Audit%20-%20Piemonte.pdf, dove sono disponibili anche gli strumenti utilizzati.

Il secondo HEA è stato avviato a partire dalle evidenze sullo stato delle **disuguaglianze nella città di Torino** raccolte nel rapporto "Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*. Inferenze, Milano, 2017". Il rapporto raccoglie evidenze sullo stato delle disuguaglianze in città negli ultimi 40 anni, dimostrando come, malgrado il miglioramento generale della salute negli ultimi quattro decenni, si possa rilevare ancora oggi una differenza di 4,5 anni nell'aspettativa di vita alla nascita tra gli uomini che risiedono nei quartieri più ricchi e più poveri della città; vengono poi presi in

esame analiticamente i principali determinanti e politiche che possono aver avuto un ruolo nella generazione o mitigazione di queste disuguaglianze (istruzione, lavoro, famiglia, ambiente e territorio, sanità, reddito, fasi di vita) e a partire da queste evidenze si è avviato un percorso di condivisione e discussione con gli stakeholder locali. Sono stati avviati, quindi, processi di co-progettazione intersettoriale tra il mondo sanitario e diversi altri ambiti (ufficio scolastico, terzo settore, private funding, agenzia per la casa) che sono culminati nell'impegno pubblico dell'Azienda Sanitaria Locale e del Comune ad utilizzare queste evidenze nella imminente programmazione che riguarda la riorganizzazione delle cure primarie, la promozione della salute, l'assistenza alle persone con malattia mentale, il piano periferie, l'housing sociale. L'HEA di comunità svolto nella città di Torino ha permesso di avviare, nel territorio dell'ASL più grande del Piemonte, una comunità di pratica attenta alle disuguaglianze di salute anche nella programmazione e valutazione degli interventi di rispettiva competenza, pronta a partecipare a un processo di coprogettazione multisettoriale condivisa che può rappresentare un modello di riferimento da estendere anche ad altri territori regionali.

L'indicatore sentinella fa riferimento ai 4 HEA approfonditi originariamente previsti sui programmi 1, 3, 4, 5, in particolare, per i programmi Guadagnare Salute, le azioni relative a sedentarietà, sovrappeso, alimentazione scorretta. Non è stato possibile realizzare l'HEA sul programma 5 a causa della riorganizzazione delle strutture e anche perché solo a inizio 2018 è stato possibile inserire nel Piano statistico nazionale le attività di linkage necessarie per l'effettuazione dell'HEA sullo screening. Pertanto lo standard atteso è stato raggiunto solo al 50%.

Il sito <http://www.disuguaglianzedisalute.it/> è stato regolarmente aggiornato e sono state inviate quattro newsletter (gennaio, marzo, maggio, luglio).

Sono inoltre stati inseriti criteri relativi al monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze negli audit di piano (cfr. azione 10.3.2). L'approccio al contrasto alle disuguaglianze nella prevenzione è risultato ancora disomogeneo e richiede approfondimenti, formazione, strumenti condivisi.

Popolazione target: Decisori e operatori coinvolti nella programmazione del piano a livello centrale e locale.

Attori coinvolti: Gruppo di progetto CCM (elaborazione di strumenti, coordinamento con altre regioni) e gruppo governance (raccordo con PRP).

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Indicatore sentinella N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito/previsti	100%	50%
Realizzazione corsi di formazione	Almeno 1	Corsi non realizzati
Comunità di pratica e Sito	Almeno 1 tematica condivisa tra i partecipanti	1 comunità di pratica avviata a Torino
Sviluppo e implementazione sito	Almeno 1 aggiornamento/mese	Aggiornamento in continuo + 4 newsletter

Azione 10.2.1. Laboratorio della prevenzione

Obiettivi dell'azione: Selezionare pratiche di prevenzione primaria e secondaria efficaci per i fattori di rischio più rilevanti del PNP 14-18. Elaborare una procedura di valutazione costo-benefici e costo-efficacia delle attività selezionate ai fini della programmazione della prevenzione.

Risultati conseguiti nell'anno

È stato finanziato dal CCM - Ministero della Salute il **progetto** *Scegliere le priorità di salute e selezionare gli interventi per prevenire il carico delle malattie croniche non trasmissibili* che si pone l'obiettivo di consolidare l'esperienza del Laboratorio della Prevenzione piemontese, migliorandone i punti deboli, e provare a scalarla in altri contesti regionali italiani, per valutarne la trasferibilità a tutte le regioni, nell'ottica di una programmazione della prevenzione che tenga conto dell'impatto economico e della sostenibilità delle strategie di intervento proponibili. Inoltre i risultati di questo progetto potranno accompagnare la fase di istruttoria del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione che dovrà confrontarsi presto con la necessità di scegliere priorità.

È stato attivato un gruppo di lavoro interregionale per realizzare uno strumento che permetta di valutare il rapporto di costo-opportunità e il ROI (*Return of Investment*) dei piani di intervento.

È stata avviata un'analisi di contesto per individuare le risorse e le competenze per la prevenzione già attualmente disponibili nelle regioni partner del progetto, sia all'interno del Servizio sanitario che in altri settori della società coinvolti a vario livello nella prevenzione. In particolare è stata condotta un'indagine per descrivere e analizzare l'attuale sistema di governance della prevenzione in Italia, dal livello nazionale a quello locale, passando ovviamente dallo snodo dei piani regionali.

Per quanto concerne il coinvolgimento di stakeholder piemontesi, è stato avviato il **network "Rete per la Prevenzione"**, che sancisce l'alleanza tra Enti pubblici e Enti e Associazioni privati e del terzo settore, che da tempo operano nell'ambito della prevenzione. Questa iniziativa si è focalizzata, per ora, sul sostegno e la promozione di programmi e interventi di prevenzione in linea con i 12 punti del Codice Europeo contro il Cancro. L'adesione a quest'alleanza si è formalizzata attraverso la firma di un Patto, che prevede in particolare: la condivisione dei contenuti del Codice Europeo contro il Cancro e l'impegno alla coerenza tra Codice Europeo e le proprie attività di prevenzione, sostenendo la diffusione di una corretta informazione fondata su basi scientifiche.

Tra i diversi partner della Rete per la Prevenzione, oltre alla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, e al CPO Piemonte, che coordinano le attività, vi sono la regione Piemonte, la regione Valle d'Aosta, molte Associazioni di volontariato, tutte le sedi provinciali della Lega per la Lotta contro i Tumori, il Centro di documentazione per la promozione della salute del Piemonte (Dors), Federfarma Piemonte, l'Ordine Provinciale dei Farmacisti e l'Ordine dei Medici del Piemonte.

Popolazione target: Decisori e operatori coinvolti nel Piano di Prevenzione.

Attori coinvolti: Gruppo di lavoro "laboratorio di prevenzione" (livello regionale).

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Valore al 31/12/2017
Selezione interventi	analisi interventi	Non presente
Valutazione economica	strumento di valutazione ROI	Avviato il gruppo di lavoro interregionale dedicato
Elaborazione raccomandazioni e trasmissione al CORP	Elaborazione raccomandazioni e trasmissione al CORP	Non effettuato (non sono presenti ulteriori documenti da trasmettere)

Azione 10.3.1. Proposta revisione organizzativa

Azione 10.3.2. Implementazione audit del Piano di prevenzione

Obiettivi delle azioni: Ridefinire o rafforzare le strutture deputate alla governance del Piano di prevenzione, la loro composizione e i relativi compiti. Garantire un sistema di monitoraggio e supporto alla realizzazione del PRP e dei PLP.

Risultati conseguiti nell'anno

È stata riproposta la bozza di Deliberazione per la revisione e l'adeguamento della composizione e dei compiti del **CORP**, già presentata nel 2016, che non ha però terminato il previsto iter di approvazione. Pertanto i lavori di coordinamento e monitoraggio delle attività di Piano sono proseguiti nell'ambito dell'attività dei gruppi di coordinamento regionale dei programmi PRP (nel 2017, 3 riunioni di tutti i gruppi, più riunioni specifiche di ciascun gruppo), mentre le occasioni di incontro e lavoro comune per i Coordinatori PLP si sono concentrate, nel 2017, sull'audit relativo alla governance dei PLP.

A livello locale è costante il rinnovamento nell'organizzazione dei gruppi di progetto PLP; nel 2017 due ASL hanno deliberato una nuova composizione, anche con la nomina di un nuovo coordinatore, e un'ASL ha per la prima volta formalizzato il gruppo con provvedimento del Direttore generale. È ormai prassi consolidata per molte ASL riportare nel documento PLP la composizione del gruppo.

L'**audit** ha coinvolto tutte le ASL in un processo di "autovalutazione" del sistema prevenzione della Regione Piemonte, focalizzato in particolare sulla governance dei PLP, sulla base di criteri condivisi; ciascuna ASL ha individuato un auditor titolare e un sostituto che hanno partecipato alla formazione specifica (un corso accreditato e un laboratorio di discussione dei risultati) e seguito tutte le fasi del programma di audit, approvato con DD n. 326 del 16/05/2017: la definizione della griglia di valutazione, avviata già nel 2016, le visite di audit svoltesi fra maggio e giugno 2017, la compilazione della reportistica, la stesura del [report finale](#) complessivo, diffuso a tutte le ASL, al quale si rimanda per la descrizione più dettagliata dello svolgimento dell'audit e dei risultati. In sintesi, le raccomandazioni inserite nei report di audit delle ASL hanno riguardato principalmente l'opportunità di utilizzare lo strumento degli obiettivi di budget/risultato per migliorare la collaborazione fra le strutture dell'ASL coinvolte nel PLP, comprese quelle esterne al Dipartimento di Prevenzione, e l'integrazione dei gruppi di progetto PLP con tutte le figure previste dalle indicazioni regionali. Si ipotizza di svolgere in futuro un audit sul programma "Ambiente e salute", in particolare su alcuni aspetti più attinenti all'operatività dei Servizi delle ASL.

Popolazione target: Coordinatori PLP e operatori coinvolti nei Piani di Prevenzione regionale e locali.

Attori coinvolti: Settore regionale Prevenzione e veterinaria; CORP; Direzioni aziendali; coordinatori PLP.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Formalizzazione revisione organizzativa	Atto regionale (standard 2016 da recuperare)	---	Proposta di atto regionale presente
Svolgimento audit nelle ASL	50% delle ASL (audit sulla governance dei PLP)	Partecipazione dell'audit titolare o del sostituto alle visite in campo previste dal calendario audit	Tutte le ASL hanno partecipato all'audit, comprese le visite in campo
Invio report ai DG	100% report inviati	---	100% report inviati

Azione 10.4.1. Realizzazione eventi informativi e formativi a livello regionale e locale

Obiettivi dell'azione:

- Promuovere la cultura della prevenzione come strategia delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali, anche in funzione di un razionale utilizzo di risorse
- Aumentare la consapevolezza, tra gli operatori, delle funzioni e potenzialità del Piano di prevenzione
- Accrescere le competenze per migliorare la qualità degli interventi
- Riconoscere e ridurre le diseguaglianze sociali e adottare azioni di provata efficacia
- Migliorare la capacità di utilizzare strumenti di comunicazione efficace

Risultati conseguiti nell'anno

La formazione regionale prevista per i componenti CORP si è svolta nell'ambito specifico dell'audit sulla *governance* con il corso del 15 marzo che ha coinvolto tutte le ASL (Coordinatori PLP e almeno un altro operatore in ciascuna ASL); inoltre le riunioni rivolte ai gruppi di coordinamento regionali dei programmi hanno previsto approfondimenti metodologici sul monitoraggio e la valutazione del Piano.

Sono stati organizzati diversi corsi sulla banca dati ProSa con l'obiettivo di formare/addestrare i referenti delle ASL all'inserimento dei progetti e degli interventi di prevenzione e promozione della salute attuati dalle aziende sanitarie nell'ambito dei propri piani locali di prevenzione, nonché all'utilizzo delle funzionalità di monitoraggio e rendicontazione. In particolare si sono svolte tre edizioni regionali (15/2; 22/2; 8/5) e 5 edizioni locali (ASL TO3 il 22/5; ASL TO4 il 13/6; ASL TO5 il 11/5; ASL CN2 il 14/11; ASL VC il 25/1).

Tutti i programmi PRP hanno previsto corsi relativi ad azioni o ambiti specifici.

A livello locale, si va consolidando la scelta di organizzare annualmente un corso accreditato rivolto agli operatori impegnati nel PLP relativo a tematiche trasversali di *governance*, monitoraggio, valutazione, utilizzato anche come momento di elaborazione dei documenti programmatori e/o di rendicontazione: nel 2017, 7 ASL su 12 lo hanno esplicitamente rendicontato; in tutte, comunque, vengono organizzati corsi a sostegno del PLP.

Popolazione target: Operatori coinvolti nei Piani di Prevenzione regionale e locali.

Attori coinvolti: Settore regionale Prevenzione e veterinaria; CORP; Servizi di Riferimento, Ufficio formazione regionale e di ASL, Gruppi coordinamento regionali e locali.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
N. Aziende che hanno realizzato eventi formativi per operatori/ N. totale Aziende Sanitarie	50%	Almeno un corso di formazione relativo ai programmi PRP/PLP	Tutte le aziende hanno realizzato almeno un evento formativo

Azione 10.5.1. Comunicazione e partecipazione a sostegno delle politiche per la salute

Obiettivi dell'azione: Migliorare la comunicazione e la collaborazione interistituzionale relativa agli obiettivi di piano e favorire la partecipazione sociale alle decisioni e alle politiche per la salute.

Risultati conseguiti nell'anno

La **collaborazione interistituzionale** è consolidata in più ambiti: con la scuola attraverso l'ufficio scolastico regionale, con i settori della Direzione Sanità soprattutto per quanto attiene gli obiettivi della tutela materno-infantile e dello screening, con gli Enti coinvolti nelle tematiche della sicurezza sul lavoro, con le associazioni di categoria per il miglioramento dell'offerta alimentare, e così via.

Il gruppo Governance ha avviato, in collaborazione con Dors, la stesura di una strategia di comunicazione per gli obiettivi del Piano di prevenzione da declinare a livello regionale e locale; il lavoro si è basato sull'analisi di alcune esperienze già in atto a livello regionale e locale (PLP) e sulla condivisione di obiettivi e strumenti in due incontri con i referenti regionali dei gruppi di coordinamento dei programmi PRP.

Quasi tutte le ASL, con modalità molto diverse e più o meno consolidate e organizzate, hanno svolto attività di **comunicazione a sostegno degli obiettivi del PLP** rivolte agli stakeholder. Sei ASL hanno realizzato iniziative a supporto del PLP nel suo complesso anche sfruttando le occasioni di incontro con soggetti del territorio; tutte hanno attuato iniziative spot per specifici programmi e/o azioni del PLP, in particolare nell'ambito della promozione della salute, dell'alimentazione e della sicurezza sui luoghi di lavoro. Gli eventi, incontri o tavoli di lavoro sono rivolti a stakeholder istituzionali come i Sindaci dei Comuni del territorio aziendale e i rappresentanti di Enti, Istituzioni, Associazioni coinvolte in particolari programmi del PLP (Uffici scolastici provinciali, ARPA, Province, Associazioni di volontariato, ecc.). La comunicazione con la popolazione del territorio avviene attraverso il sito web aziendale, la collaborazione con riviste specialistiche su tematiche di salute, la realizzazione di iniziative sul territorio, come ad esempio l'*Open Day* della Prevenzione e incontri di approfondimento. In alcuni casi, azioni del PLP sono state recepite nel PAT o nei documenti di *accountability* aziendali (bilancio sociale, piano anticorruzione).

6 ASL hanno caricato in ProSa le iniziative svolte.

Popolazione target: Operatori della prevenzione, decisori, cittadini.

Attori coinvolti: Livello regionale: Assessorato alla Sanità e altri assessorati; altri enti e istituzioni, esterni alla Regione Piemonte. Livello locale: ASL, scuola, socio-assistenziale, associazioni, enti e istituzioni territoriali.

Indicatori di processo

Nome indicatore	Standard regionale 2017	Standard locale 2017	Valore al 31/12/2017
Eventi /incontri/ tavoli tematici a sostegno delle politiche per la salute e per gli obiettivi del Piano a livello regionale e nelle ASL	Un evento regionale ed eventi nell'80% delle ASL	Almeno un'iniziativa di comunicazione, nel territorio ASL, a sostegno degli obiettivi PLP	Tutte le ASL hanno realizzato o partecipato ad almeno un evento