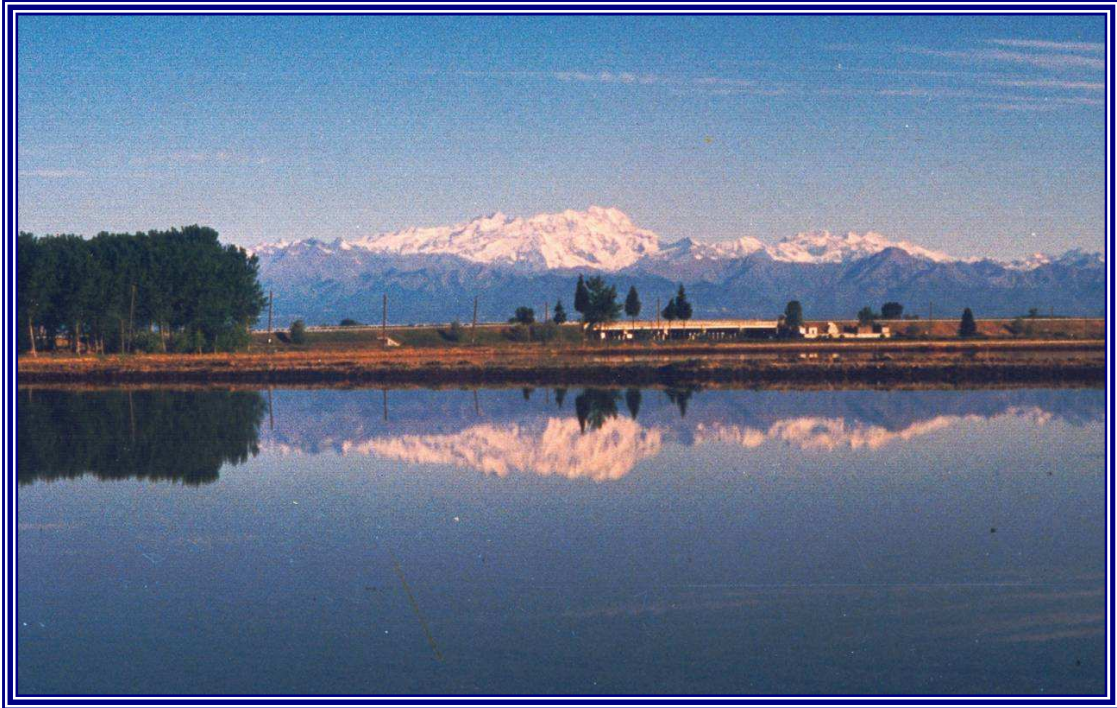




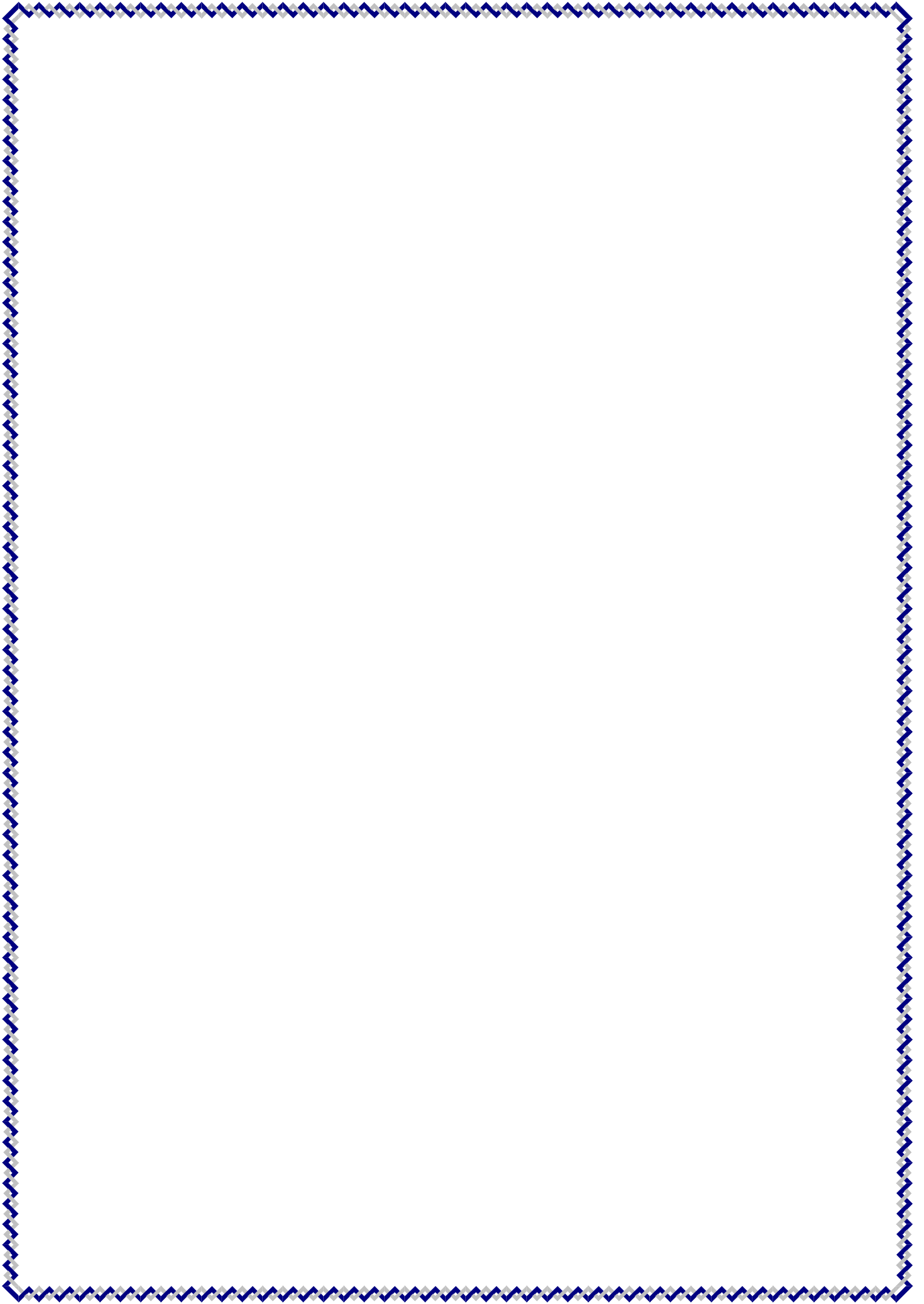
**A.S.L. VC**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli*



# **PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE 2013**

## **PROGRAMMA ATTIVITÀ 2013**





**A.S.L. VC**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli*

Direzione Generale

**Federico Gallo**

Direzione Sanitaria

**Carla Peona**

Direzione Amministrativa

**Oswaldo D'Angella**

A cura della **S.S. d. UVOS – S.S. Epidemiologia**

Fiorella Germinetti

Antonella Barale

*Giugno 2013*

**Documento di programmazione dell'attività 2013  
redatto con il contributo di**

**Cap. 1. Demografia e Profilo di salute della popolazione dell'ASL VC**

Antonella Barale – S.S. *Epidemiologia* - S.S.d. *UVOS*

**Cap. 2. Le Sorveglianze di popolazione**

Luisa M. Olmo – **Direttore Dipartimento Prevenzione**

Antonella Barale – S.S. *Epidemiologia* - S.S.d. *UVOS*

Gianfranco Abelli – S.S. *Igiene della Nutrizione* - S.C. *S.I.A.N.*

**Cap. 3. Stili di vita**

Vittorio Petrino – **Direttore Dipartimento Patologie delle Dipendenze** - S.C. *SerT*

Raffaella Scaccioni – *RePES Aziendale* - S.C. *Psicologia*

Gianfranco Abelli – S.S. *Nutrizione* , S.C. *S.I.A.N.*

Patrizia Colombari – S.C. *Psicologia*

**Cap. 4. Sicurezza alimentare**

Luisa M. Olmo – **Direttore Dipartimento Prevenzione** - S.C. *Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione*

Marco Montafia – S.C. *Servizi Veterinari Area A e Area C*

**Cap. 5. Prevenzione delle malattie trasmissibili e delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria**

Luisa M. Olmo – **Direttore Dipartimento Prevenzione**

Paolo Conti – **Direttore Dipartimento Area Medica** - S.C. *Pneumologia*

Scipione Gatti – S.S. *Prevenzione e Controllo Infezioni Ospedaliere e Territoriali* - S.C. *Direzione Medica di Presidio*

Silvio Borrè – S.C. *Malattie infettive*

Fulvia Milano – S.C. *Laboratorio Analisi e Microbiologia*

Virginia Silano - S.C. *Servizio Igiene e Sanità Pubblica* - S.S. *Vaccinazioni Malattie Infettive*

Gabriele Bagnasco – S.C. *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*

**Cap. 6. Prevenzione dei rischi in ambienti di vita**

Luisa M. Olmo – **Direttore Dipartimento Prevenzione**

Gabriele Bagnasco - S.C. *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*

**Cap. 7. Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro**

Luisa M. Olmo – **Direttore Dipartimento Prevenzione**

Laura Fianza – S.C. *Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro* – Dipartimento di *Prevenzione*

**Cap. 8. Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico**

Luisa M. Olmo – **Direttore Dipartimento Prevenzione**

Onesimo Vicari – S.C. *Servizio Igiene e Sanità Pubblica* - Referente aziendale *Incidenti domestici*

Gabriele Bagnasco - S.C. *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*

**Cap. 9. Prevenzione incidenti stradali**

Vittorio Petrino – **Direttore Dipartimento Patologie delle Dipendenze** - S.C. *SerT*

Cristina Parvis – *Dipartimento Patologie delle Dipendenze* – S.C. *Psicologia Borgosesia*

Donatella De Lillo - *Dipartimento Patologie delle Dipendenze*

**Cap. 10. Tumori e screening**

**Luisa M. Olmo – *Direttore Dipartimento Prevenzione***

**Fiorella Germinetti – S.C. AST – S.S.d. UVOS**

**Progetto “Estensione della registrazione dei tumori dalla Provincia di Biella alla Provincia di Vercelli”**

**Antonella Barale – S.S. *Epidemiologia* - S.S.d. UVOS**

**Monica Fedele – Antonella Barale – S.S. *Epidemiologia* - S.S.d. UVOS**

**Adriano Giacomini – S.S. *Epidemiologia ASLBI- Registro Tumori Piemonte Provincia Biella***

**Fiorella Germinetti – S.C. AST – S.S.d. UVOS**

**Cap. 11. Diabete**

**Paolo Conti – *Direttore Dipartimento Area Medica***

**Nicoletta Pinna - S.S. *Diabetologia Borgosesia***

**Federico Baldi - S.C. *Endocrinologia e Diabetologia***

## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>Pag.</b>	<b>5</b>
<b>Cap. 1 DEMOGRAFIA E PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DELL'ASL VC</b>	<b>Pag.</b>	<b>7</b>
<b>Cap. 2 LE SORVEGLIANZE DI POPOLAZIONE</b>	<b>Pag.</b>	<b>27</b>
<b>Cap. 3 STILI DI VITA</b>	<b>Pag.</b>	<b>31</b>
<b>Cap. 4 SICUREZZA ALIMENTARE</b>	<b>Pag.</b>	<b>43</b>
<b>Cap. 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA</b>	<b>Pag.</b>	<b>51</b>
<b>Cap. 6 PREVENZIONE DEI RISCHI IN AMBIENTI DI VITA</b>	<b>Pag.</b>	<b>61</b>
<b>Cap. 7 PREVENZIONE DEI RISCHI IN AMBIENTI DI LAVORO</b>	<b>Pag.</b>	<b>67</b>
<b>Cap. 8 PREVENZIONE EVENTI INFORTUNISTICI IN AMBITO DOMESTICO</b>	<b>Pag.</b>	<b>75</b>
<b>Cap. 9 PREVENZIONE INCIDENTI STRADALI</b>	<b>Pag.</b>	<b>79</b>
<b>Cap. 10 TUMORI E SCREENING</b>	<b>Pag.</b>	<b>85</b>
<b>Progetto "Estensione della registrazione dei tumori dalla Provincia di Biella alla Provincia di Vercelli"</b>	<b>Pag.</b>	<b>91</b>
<b>Cap. 11 DIABETE</b>	<b>Pag.</b>	<b>95</b>



## INTRODUZIONE

L'Accordo Stato-Regioni n. 53/CSR del 07.02.2013 ha prorogato la vigenza del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 a tutto il 2013 stabilendo che le Regioni procedano alla riprogrammazione dei propri Piani regionali per il 2013.

Con DGR n. 47-5885 del 3 giugno 2013 la Regione Piemonte ha di conseguenza prorogato il Piano Regionale della Prevenzione - PRP 2013 e approvato il nuovo Piano Operativo per il 2013.

Il Coordinamento Operativo Regionale della Prevenzione (CORP) ha elaborato le "schede programma" per il Piano operativo regionale della prevenzione 2013.

Le "schede programma" comportano la riprogrammazione e la rimodulazione dei progetti del PRP 2010-2012 e sono state articolate per poter essere utilizzate anche come linee di indirizzo per la stesura dei Piani Locali – PLP 2013.

Presso la ASL di Vercelli si è pertanto proceduto alla redazione del PLP 2013, come da indicazioni regionali, condividendo e mantenendo inalterata la traccia delle schede di programma regionali e sviluppando la sezione relativa all'attività che viene condotta localmente nel corso del 2013, in linea con gli obiettivi regionali prefissati, descrivendo la programmazione locale in continuità con quella del 2012 e contestualizzando rispetto alle specificità locali i "Soggetti coinvolti", cioè quelle Strutture i cui professionisti si relazionano e integrano le loro attività tese al raggiungimento di obiettivi comuni e lasciando invece chiaramente identificati quegli obiettivi specifici e quelle azioni cui la ASL non partecipa perché sono di competenza regionale, ma che concorrono con quelli locali ai risultati attesi.

Con gli anni di esperienza maturati nell'ambito della pianificazione del Piano Locale della Prevenzione i professionisti della rete di alleanze coinvolta hanno maturato consapevolezza sull'importanza di progettare interventi di sorveglianza e di prevenzione volti a migliorare, garantire e misurare l'efficacia degli esiti.

In attesa della programmazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e di quello per la sua attuazione regionale, per la definizione del quale il CORP ha avuto mandato, quest'anno l'attività localmente procederà con la conferma degli "obiettivi di salute" precedentemente programmati e il consolidamento della rete di alleanze fra gli specialisti sanitari della prevenzione e dell'area clinica e i non sanitari, quindi con la partecipazione integrata dei servizi sanitari e di altri Servizi istituzionali e non.

Nel documento sono presentati i vari ambiti di attività trattati nel PLP, introdotti da una breve caratterizzazione della popolazione vercellese rispetto alla demografia e al profilo di salute.





***Capitolo 1.***

**DEMOGRAFIA E  
PROFILO DI SALUTE  
DELLA POPOLAZIONE DELLA ASL VC**

## Cap. 1. DEMOGRAFIA E PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DELLA ASL VC DI VERCELLI

### Il territorio della ASL VC

L'ASL "VC" di Vercelli, situata nel Piemonte Nord Orientale, opera su un territorio in gran parte coincidente con la Provincia di Vercelli. Comprende 92 Comuni, suddivisi in due Distretti: Distretto di Vercelli, 45 Comuni con una popolazione di 102.359 e Distretto della Valsesia, 47 Comuni con una popolazione di 71.590.

### La popolazione

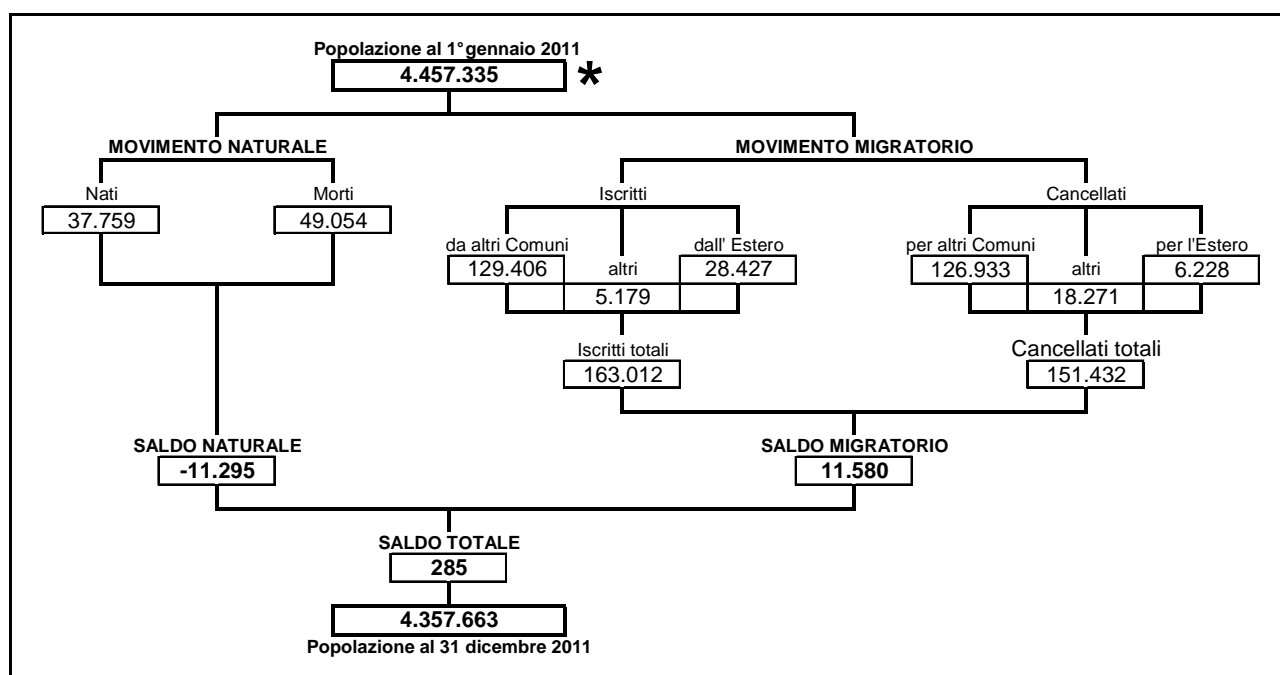
Al 31.12.2011 sul territorio dell'ASL VC risiedono 173.949 abitanti pari al 3,99% della popolazione piemontese (1.).

Si registra una predominanza del sesso femminile (51,93%) che si accentua nelle fasce d'età più anziane. La dinamica demografica dell'ASL VC, fa emergere un saldo naturale negativo (-910), non compensato, a differenza di quanto rilevato a livello regionale, dal movimento migratorio (saldo migratorio: 159) con conseguente saldo totale negativo, pari a -751.

Le figure 1 e 2 riportano la dinamica demografica rispettivamente della Regione Piemonte e della ASL VC.

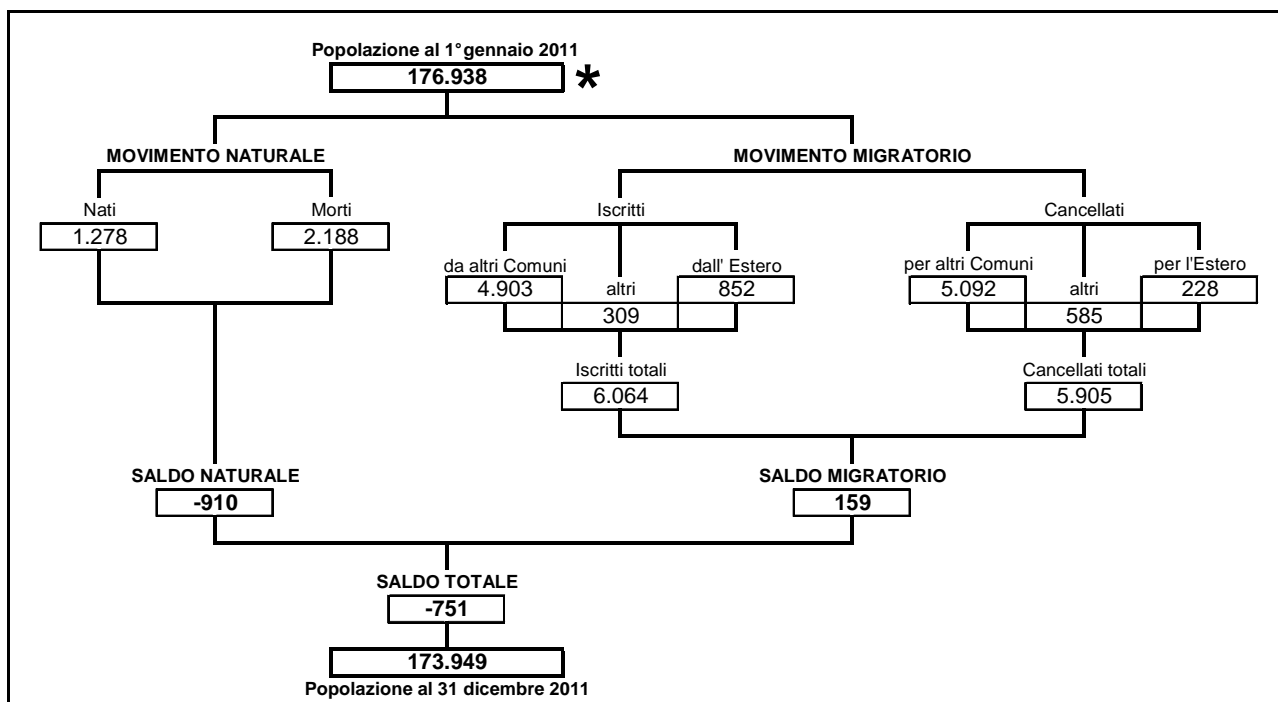
Si segnala che essendo stato il 2011 anno di censimento, come già verificatosi in passato ed evidenziato nel grafico 1 (vedi anno 2001), la numerosità della popolazione rilevata in occasione del censimento a tutti i livelli, nazionale, regionale e locale, ha subito, rispetto all'andamento del decennio precedente, una contrazione non associata né al movimento naturale né al movimento migratorio rilevato (per la Regione Piemonte pari a circa 100.000 unità e per la ASL di Vercelli pari a circa 2.300 unità), pertanto per la dinamica demografica non è possibile far riferimento alla popolazione "precedentemente nota" al 1° gennaio 2011 (vedi \* nelle figure 1 e 2).

Figura 1. Dinamica demografica nella Regione Piemonte nel 2011



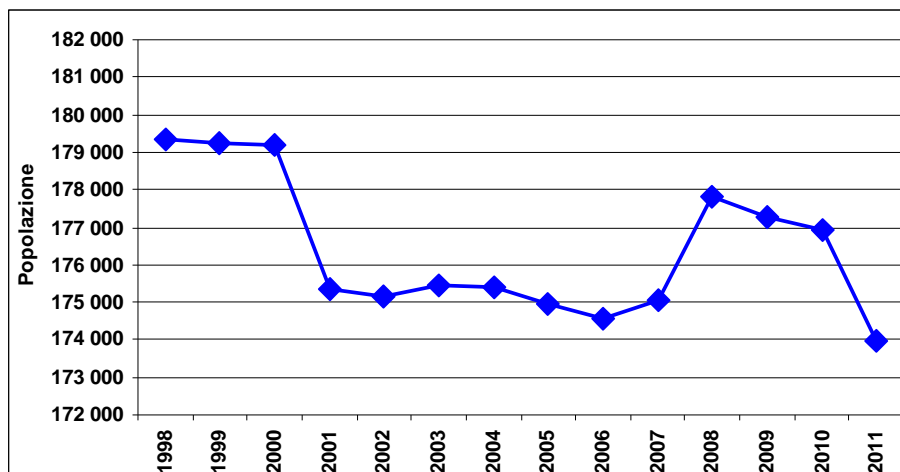
Fonte BDDE – Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte

**Figura 2. Dinamica demografica nell'ASL VC nel 2011**



Fonte BDDE – Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte

**Grafico 1. Andamento della popolazione dell'ASL VC Anni 1998-2011**



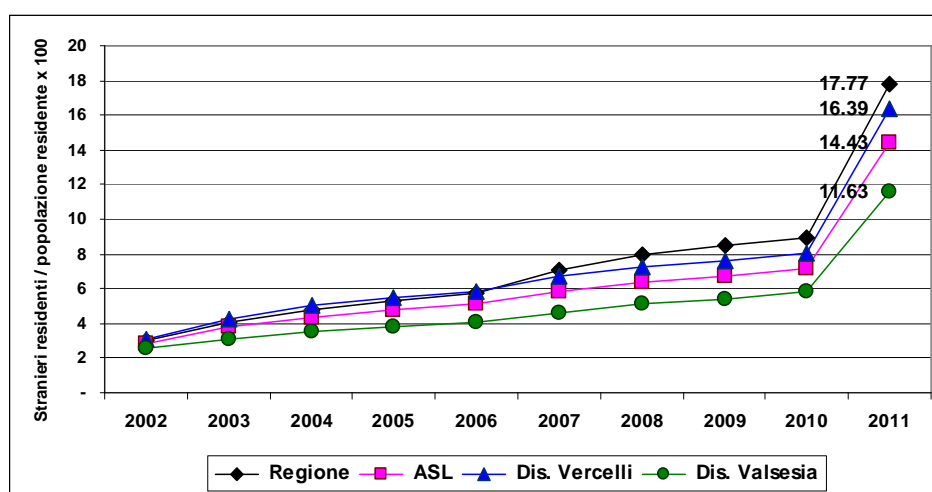
Fonte BDDE – Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte

Nella ASL VC è confermato il trend in costante aumento della popolazione straniera registrato negli ultimi anni in Regione Piemonte, l'aumento nell'anno 2011 risulta considerevole, probabilmente a causa della revisione dei dati derivata dal censimento.

Dal 2002 la percentuale degli stranieri rispetto al totale della popolazione residente è risultata in incremento in tutta la ASL, incremento inferiore a quello regionale e superiore nel Distretto di Vercelli rispetto a quello della Valsesia (Grafico 2).

In Regione Piemonte gli stranieri, al 31.12.2011, risultano 774.403 e rappresentano il 18% della popolazione regionale; nella ASL VC gli stranieri, al 31.12.2011, risultano 25.103 e rappresentano il 14% della popolazione della ASL.

**Grafico 2. Percentuale Stranieri residenti in Piemonte, nella ASL VC e nei Distretti di Vercelli e della Valsesia – Anni 2002-2011**



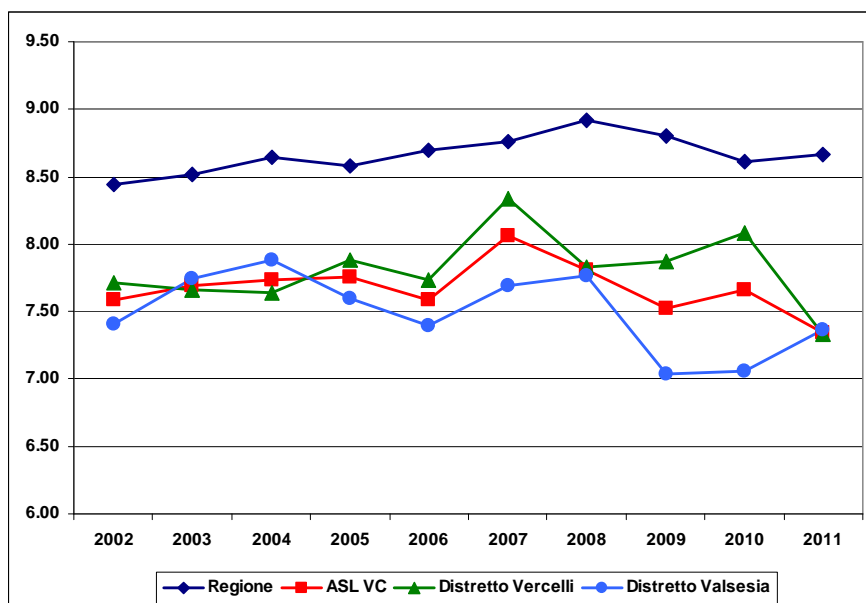
Fonte BDDE - Banca Dati Demografica Regione Piemonte

Nella ASL VC il numero di nati nel 2011 è risultato pari a 1.278, con un tasso di natalità del 7,35 per 1.000, del tutto sovrapponibile nei 2 Distretti della ASL e in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente e inferiore al tasso di natalità regionale, che risulta pari a 8,66 per 1.000.

Il tasso di mortalità nell'ASL VC nel 2010 (n. assoluto di morti: 2.188) è risultato pari a 12,58 per 1.000, superiore al tasso di mortalità regionale (11,26 per 1.000) e pressochè sovrapponibile nei 2 Distretti della ASL.

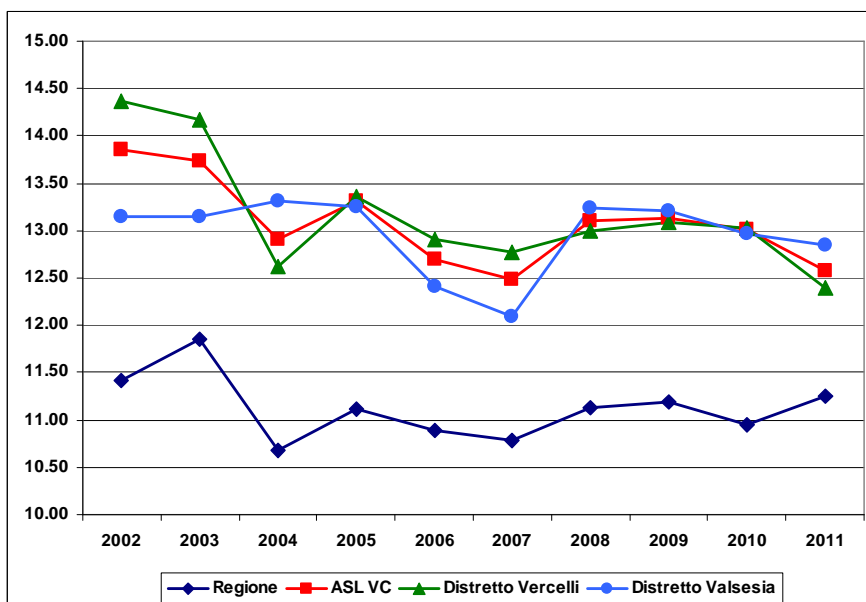
L'andamento dei tassi di natalità e mortalità dal 2001 è riportato nei grafici 3 e 4.

**Grafico 3. Andamento tasso di natalità – Confronto Regione / ASL VC / Distretti – Anni 2002-2011**



Fonte BDDE – Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte

**Grafico 4. Andamento tasso di mortalità – Confronto Regione / ASL VC / Distretti – Anni 2001-2010**



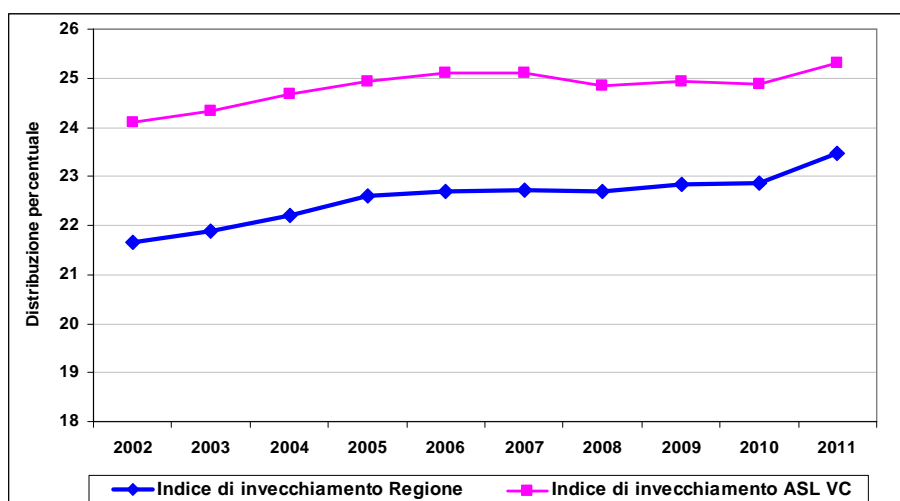
Fonte BDDE – Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte

Nella ASL VC, al 31.12. 2011, gli ultrasessantacinquenni risultano 44.033 ossia il 25,31% della popolazione totale.

La popolazione dell'ASL VC è fortemente caratterizzata da un progressivo invecchiamento, superiore a quello regionale. Nei grafici da 5 a 10 è riportato il trend, dal 2002 al 2011, degli indici strutturali della popolazione della Regione Piemonte e quello della popolazione della ASL VC, che risulta sempre nettamente superiore.

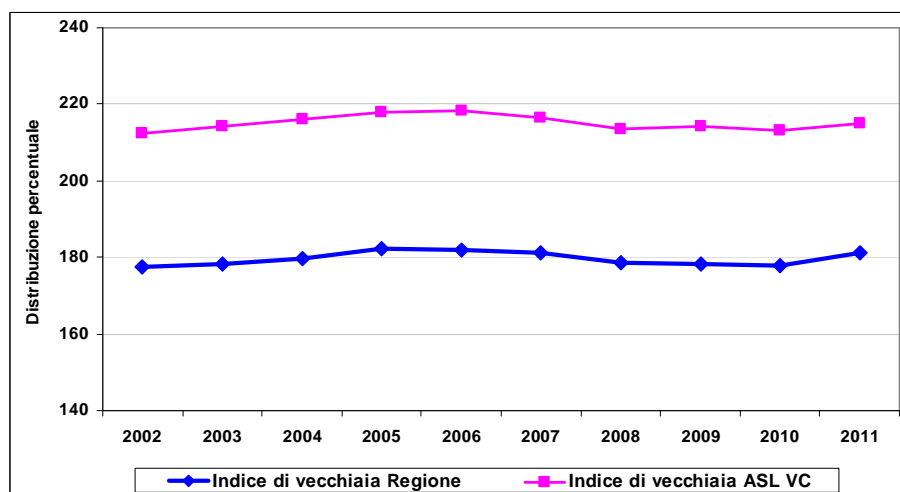
Nel 2011 l'indice di invecchiamento della ASL è risultato 25,31% rispetto al 23,48% della Regione, l'indice di vecchiaia è risultato 215,03% rispetto al 181,01%, l'indice di carico sociale o dipendenza della popolazione pari al 58,95% rispetto al 57,36%, l'indice di ricambio della popolazione attiva pari all'1,70% rispetto all'1,59%, l'indice di struttura della popolazione attiva pari all'1,41% rispetto all'1,34% e infine l'indice di dipendenza anziani è risultato del 40,24% nella ASL rispetto al 36,95% nella Regione.

**Grafico 5. Indice di invecchiamento popolazione Regione Piemonte e ASL VC - Anni 2002 – 2011**



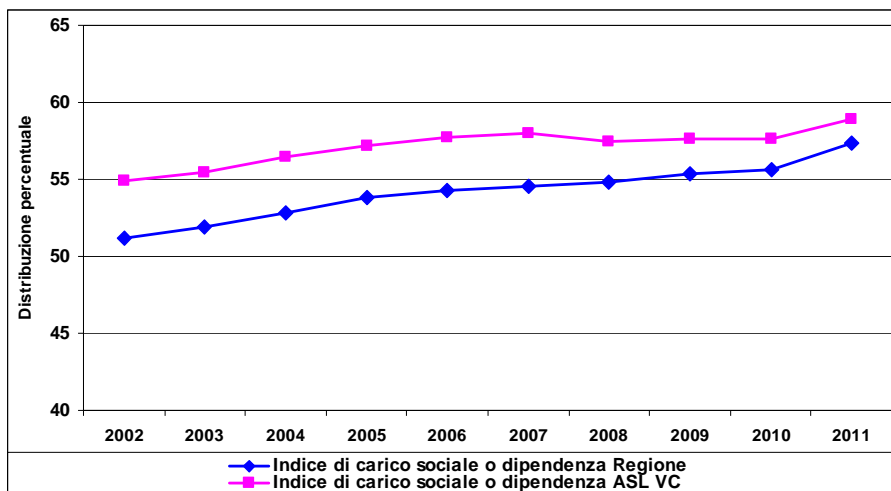
Fonte BDDE - Banca Dati Demografica Regione Piemonte

**Grafico 6. Indice di vecchiaia popolazione Regione Piemonte e ASL VC -Anni 2002 - 2011**



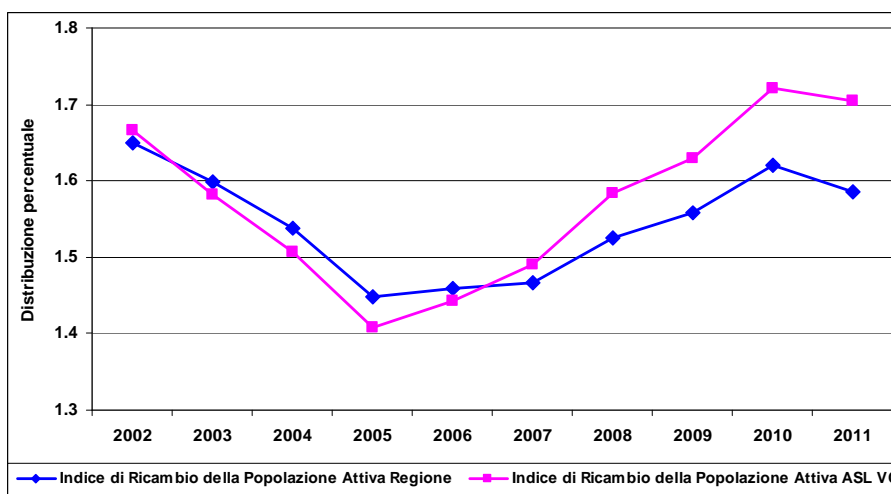
Fonte BDDE - Banca Dati Demografica Regione Piemonte

**Grafico 7. Indice di carico sociale o dipendenza popolazione Regione Piemonte e ASL VC - Anni 2002 - 2011**



Fonte BDDE - Banca Dati Demografica Regione Piemonte

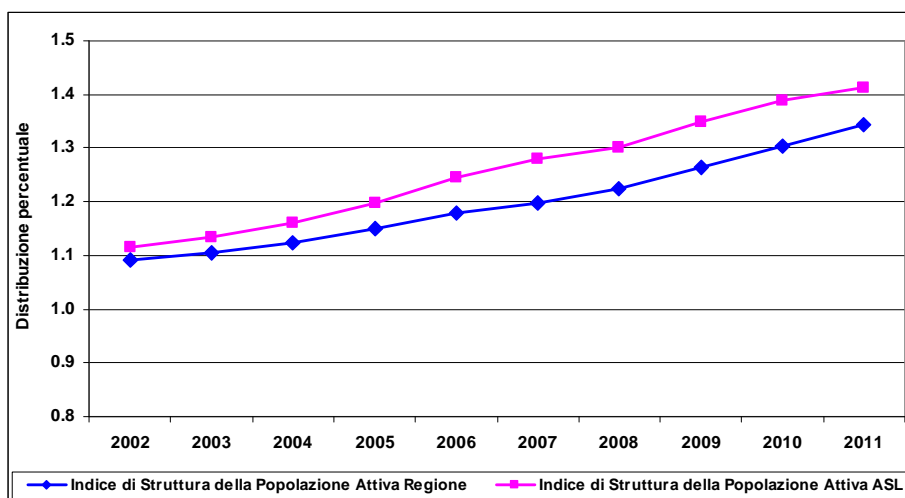
**Grafico 8. Indice di Ricambio della Popolazione Attiva Regione Piemonte e ASL VC - Anni 2002 - 2011**



Fonte BDDE - Banca Dati Demografica Regione Piemonte

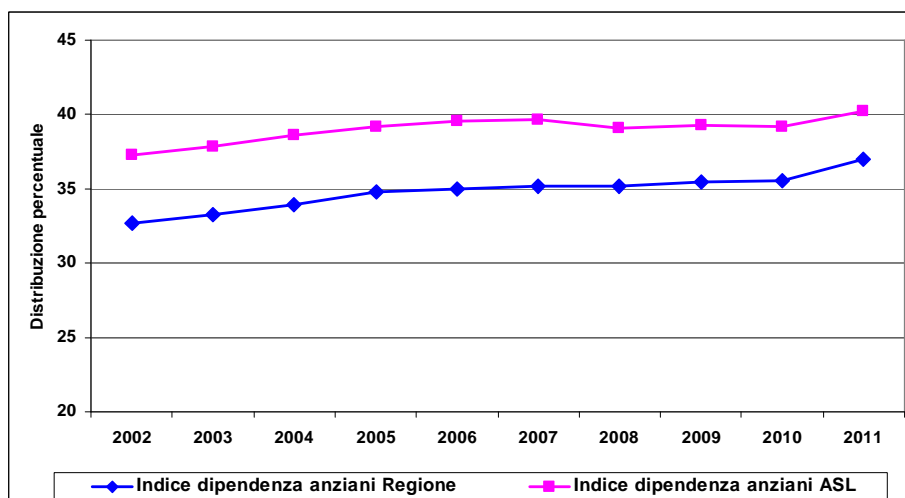


**Grafico 9. Indice di Struttura della Popolazione Attiva Regione Piemonte e ASL VC - Anni 2002 – 2011**



Fonte BDDE - Banca Dati Demografica Regione Piemonte

**Grafico 10. Indice dipendenza anziani Regione Piemonte e ASL VC Anni 2002- 2011**



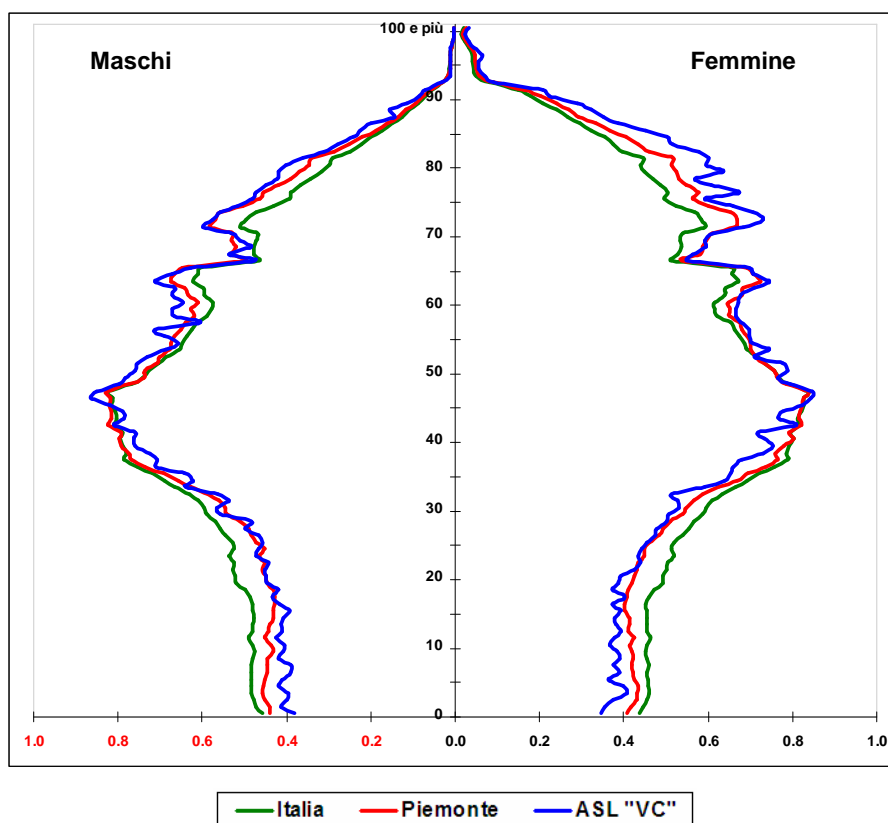
Fonte BDDE - Banca Dati Demografica Regione Piemonte

La distribuzione della popolazione per età è rappresentata graficamente dalle cosiddette “piramidi delle età” che permettono di evidenziare eventuali anomalie rispetto all’atteso rappresentato da base larga e graduale assottigliamento della piramide verso il vertice, cioè maggiore numerosità dei soggetti in giovane età e diminuzione progressiva della popolazione in età più avanzata.

Le anomalie da qualche anno sono però ben visibili infatti il regredire della natalità e l’invecchiamento della popolazione provocano quasi l’inversione base/vertice della piramide (anziani più numerosi dei giovani).

Il regredire della natalità e l’invecchiamento della popolazione, nella ASL VC, risultano maggiori rispetto alla Regione e ancora di più rispetto all’Italia. Questa differenza sono ben evidenziate dalla sovrapposizione grafica delle piramidi delle 3 popolazioni d’interesse (ASL, Regione Piemonte, Italia) ottenute rapportando percentualmente la popolazione per età sul totale della popolazione (Grafico 11).

**Grafico 11. Piramidi delle età della popolazione residente in Italia, in Piemonte e nella ASL VC al 31.12.2011**

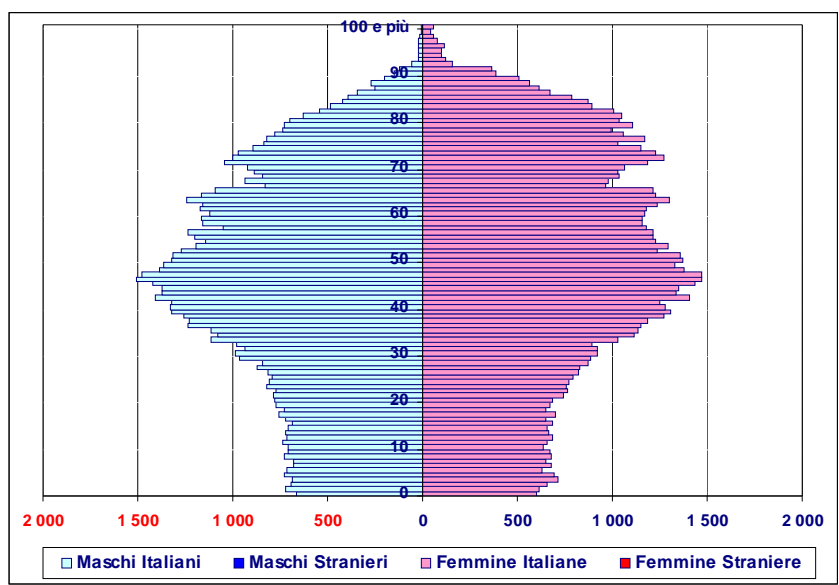


Fonte BDDE - Banca Dati Demografica Regione Piemonte

Il grafico 12 riporta la piramide dell’età della popolazione totale (italiana e straniera) residente nella ASL VC al 31 dicembre 2011.

Le classi di età più numerose corrispondono ai nati tra la fine degli anni '50 e gli inizi degli anni '70. La popolazione anziana soprattutto femminile risulta molto consistente generando quasi un capovolgimento della piramide.

**Grafico 12. Piramide delle età della popolazione residente nella ASL VC al 31.12.2011**



Fonte BDDE - Banca Dati Demografica Regione Piemonte

## Profilo di salute della ASL VC di Vercelli

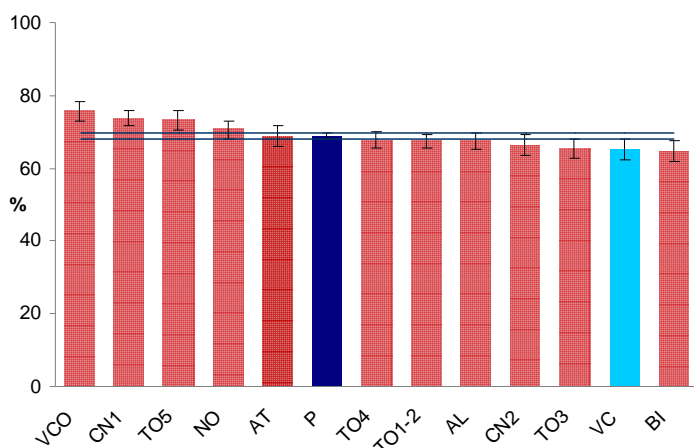
Si riportano di seguito i dati rilevati dal **Sistema di Sorveglianza PASSI** (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (2.), relativi ad un campione di rappresentatività aziendale della ASL VC di Vercelli e riferiti al periodo 2008-2011.

Il Sistema PASSI rappresenta un sistema di Sorveglianza di popolazione locale con valenza regionale e nazionale, la raccolta dati avviene a livello di ASL tramite la somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale. La popolazione in studio è costituita da persone di 18-69 anni d'età, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi d'età dalle popolazioni degli iscritti alle anagrafi sanitarie di tutte le ASL italiane.

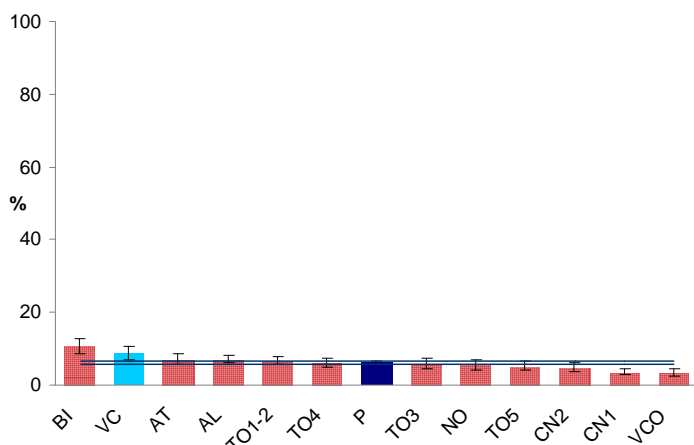
Dai dati forniti dal Sistema di Sorveglianza PASSI: per quanto riguarda la "percezione del proprio stato di salute", emerge che il 65,0% del campione di popolazione intervistato nella ASL VC (IC95% 62,1-67,9) ritiene "buona/molto buona" la propria condizione di salute, percentuale fra le più basse a livello regionale (Piemonte 68,9% con IC95% 68,2-69,6) (Grafico 13).

Per quanto riguarda la "salute mentale", l'8,7% (IC95% 7,0-10,6) riferisce di aver avuto "sintomi di depressione nelle due ultime settimane", percentuale fra le più alte a livello regionale (Piemonte 6,1% con IC95% 5,7-6,5) (Grafico 14).

**Grafico 13. Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona per ASL (%)**



**Grafico 14. Persone con sintomi di depressione per ASL (%)**



## Stili di vita

### Abitudine al Fumo di sigaretta

Il fumo di sigaretta continua a rappresentare un fenomeno diffuso; nell'ASL VC, secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra i 18 e i 69 anni, il 27,5% (IC95% 24,9-30,3) dei soggetti intervistati si dichiara "fumatore" (Piemonte 28,1% con IC95% 27,4-28,9).

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo, tuttavia nell'ASL VC, solo il 34,1% (IC95% 30,9-37,4) degli intervistati, tra chi, nell'ultimo anno, è stato da un medico o da altro operatore sanitario, "dichiara di aver ricevuto domande sul proprio comportamento tabagico" (Piemonte 42,4% con IC95% 41,5-43,3).

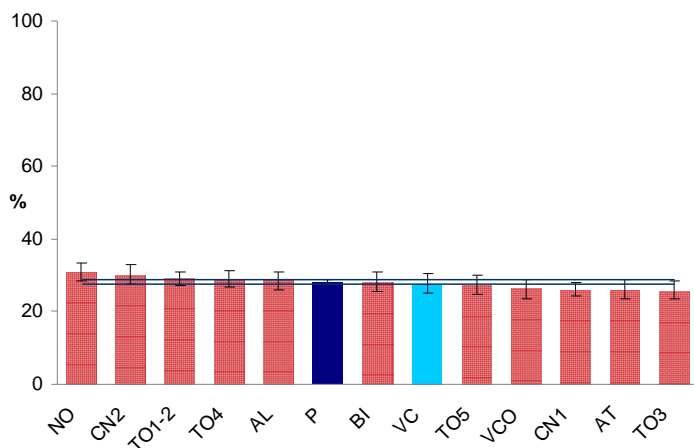
Inoltre al 47,7% (IC95% 40,9-54,6) degli intervistati fumatori è stato consigliato di smettere di fumare (Piemonte 56,5% con IC95% 54,8-58,2).

Il 91,9% (IC95% 90,0-93,5) degli intervistati ritiene che il divieto di fumo viene rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici (Piemonte 94,3% con IC95% 93,9-94,7).

Mentre sul luogo di lavoro i lavoratori che riferiscono che il divieto di fumo viene rispettato sempre o quasi sempre sono l'86,0% (IC95% 83,0-88,6) (Piemonte 91,7 con IC95% 91,1-92,3).

Nel grafico 15 è riportato il confronto fra la percentuale di fumatori rilevata nelle ASL piemontesi e la media regionale.

**Grafico 15. Fumatori per ASL (%)**



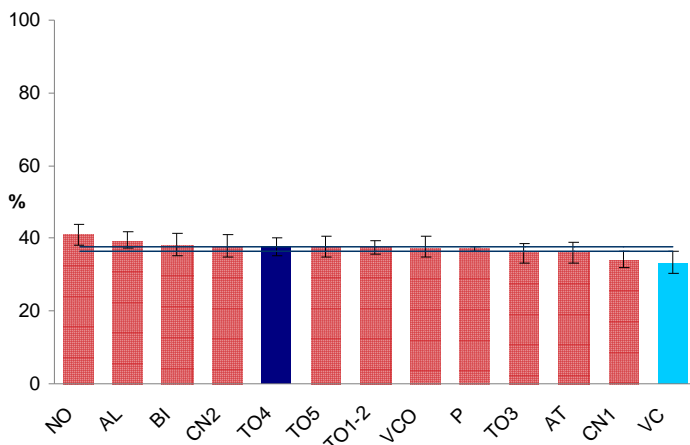
## Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 33,3% (IC95% 30,5-36,3) dei soggetti tra 18 e 69 anni della ASL VC, secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, è in eccesso ponderale (sovrappeso più obesi) (Piemonte 37,1% con IC95% 36,3-37,9). Il 51,7% (IC95% 45,8-57,6) delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio da parte di un sanitario di dimagrire (Piemonte 53,8% con IC95% 52,4-55,2); mentre il 28,7% (IC95% 23,5-34,4) ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica (Piemonte 38,6% con IC95% 37,1-40,0).

Per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, solo il 9,1% (IC95% 7,5-11,0) aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno (Piemonte 10,9% con IC95% 10,4-11,4).

Nel grafico 16 è riportato il confronto fra la percentuale di persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obeso versus sotto/normo) rilevata nelle ASL piemontesi e la media regionale.

**Grafico 16. Percentuali di persone in eccesso ponderale, per ASL**

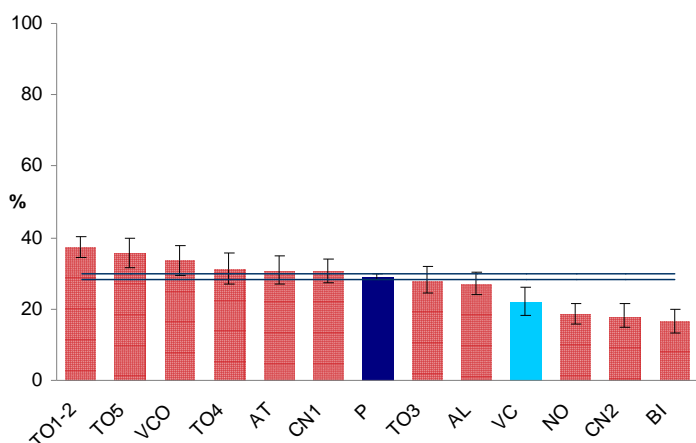


## Attività fisica

Il 22,1% (IC95% 18,4-26,3) del campione di intervistati nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI nell'ASL VC è completamente sedentario. Nell'ASL VC la sedentarietà risulta inferiore alla media regionale (Piemonte 29,0% con IC95% 28,2-29,7). Nel 28,4% (IC95% 25,4-31,7) dei casi i medici o altri operatori sanitari consigliano di svolgere attività fisica regolare (Piemonte 31,4% con IC95% 30,5-32,6).

Nel grafico 17 è riportato il confronto fra la percentuale di persone sedentarie rilevata nelle ASL piemontesi e la media regionale.

**Grafico 17. Percentuale di sedentari per ASL**

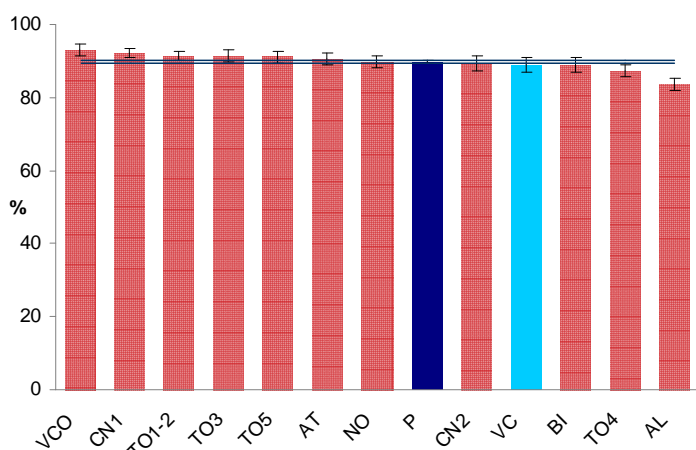


### Sicurezza stradale

Secondo il sistema di sorveglianza PASSI, l'uso dei dispositivi di protezione individuali, nell'ASL VC, risulta ancora non completamente soddisfacente: l'89,1% (IC95% 87,0-90,9) delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura di sicurezza anteriore (Piemonte 89,8% con IC95% 89,3-90,3), mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 28,9% (IC95% 25,8-32,2) degli intervistati (Piemonte 27,9% con IC95% 27,1-28,7).

Nel grafico 18 è riportato il confronto fra la percentuale di persone che riferiscono di usare sempre la cintura di sicurezza anteriore, dato rilevato nelle ASL piemontesi e media regionale.

**Grafico 18. Percentuale di persone che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza**



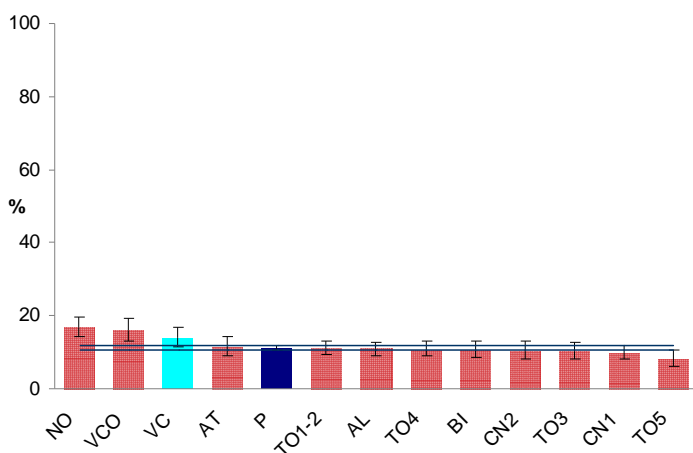


Il 97,0% (IC95% 94,2-98,7) degli intervistati della ASL VC, che guida motocicli, riferisce di indossare il casco (Piemonte 97,1% con IC95% 96,5-97,6).

Inoltre il 14,0% (IC95% 11,4-17,0) degli intervistati nel sistema di sorveglianza PASSI dichiara di aver guidato almeno una volta sotto l'effetto dell'alcol (11,3% media regionale, IC95% 10,6-11,9).

Nel grafico 19 è riportato il confronto fra la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente, dato rilevato nelle ASL piemontesi e media regionale.

**Grafico 19. Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente**



## Determinanti biologici

### Rischio cardiovascolare

Dal sistema di sorveglianza PASSI nella ASL VC emerge quanto segue.

La percentuale di soggetti che riferiscono di aver effettuato almeno un controllo pressorio negli ultimi 2 anni è pari all'85,1% (IC95% 82,8-87,2) in Piemonte è dell'84,2% (IC95% 83,6-84,8).

La percentuale stimata di soggetti ipertesi, è pari al 21,0% (IC95% 18,5-23,7) (dato regionale 20,8% con IC95% 20,2-21,5).

La percentuale di soggetti che riferiscono di aver effettuato la misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita è il 83,4% (IC95% 81,0-85,6) in Piemonte è del 79,1% (IC95% 78,4-79,7).

La percentuale invece di soggetti che riferiscono di essere ipercolesterolemici è del 23,7% (IC95% 20,9-26,6) (Piemonte 24,2% con IC95% 23,5-25,0).

E' in trattamento farmacologico il 74,4% degli ipertesi rispetto al 76,2% della media regionale e il 38,5% degli ipercolesterolemici contro il 27,9% della media regionale. Considerando le azioni di prevenzione delle patologie cardiovascolari, nell'ASL VC la carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 5,5% (Piemonte 5,3% con IC95% 4,0-7,4) degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce di aver avuto una valutazione del rischio cardiovascolare con questo strumento.

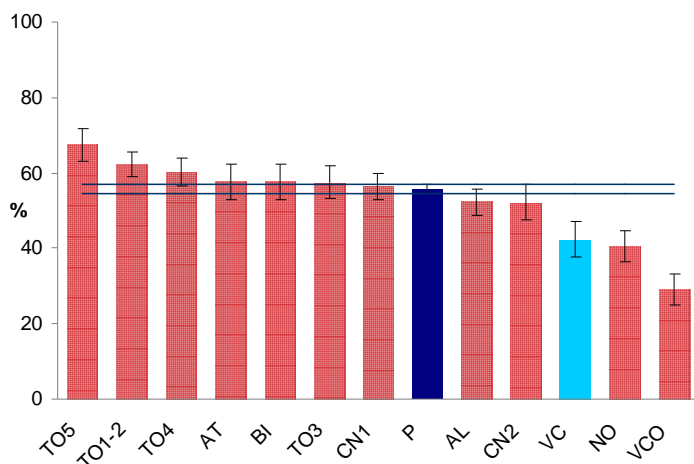
## Tumori

### Prevenzione dei tumori femminili

Nella ASL VC

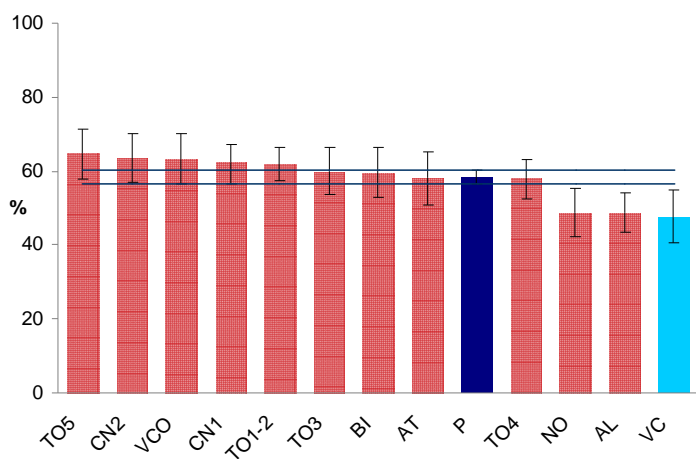
- l'87,8% (IC95% 84,3-90,7) (Piemonte 83,9% con IC95% 83,0-84,9) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età 25-64 anni riferisce di aver effettuato il Pap test negli ultimi tre anni, secondo le linee guida;
- il 42,4% (IC95% 37,7-47,2) (Piemonte 55,7% con IC95% 54,5-57,0) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età 25-64 anni riferisce di aver effettuato il Pap test all'interno del programma regionale di screening organizzato "Prevenzione Serena" negli ultimi tre anni (Grafico 21);
- il 45,4% (IC95% 40,6-50,2) (Piemonte 27,9% con IC95% 26,8-29,0) delle donne intervistate, riferisce invece di aver effettuato il Pap test negli ultimi tre anni al di fuori del programma regionale di screening organizzato;
- il 68,4% (IC95% 63,7-72,8) (Piemonte 81,0% con IC95% 80,0-82,0) riferisce di aver ricevuto la lettera della ASL d'invito all'esecuzione del Pap test;
- il 82,3% (IC95% 78,3-85,7) (Piemonte 73,4% con IC95% 72,3-74,5) riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario ad effettuare il Pap test;
- il 77,4% (IC95% 73,1-81,2) (Piemonte 76,0% con IC95% 74,9-77,1) riferisce di aver ricevuto l'informazione sul Pap test attraverso una campagna di comunicazione.

**Grafico 21. Donne di 25-64 anni che hanno aderito allo screening organizzato (ASO) per il tumore della cervice uterina**



- Il 71,1% (IC95% 64,2-77,3) (Piemonte 72,2% con IC95% 70,5-73,8) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età fra 50 e 69 anni riferisce di aver effettuato lo screening mammografico in accordo alle linee guida;
- il 47,7% (IC95% 40,6-54,9) (Piemonte 58,2% con IC95% 56,4-60,1) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età 50-69 anni riferisce di aver effettuato lo screening mammografico all'interno del programma regionale di screening organizzato "Prevenzione Serena" (Grafico 22);
- il 23,4% (IC95% 17,6-29,9) (Piemonte 13,4% con IC95% 12,2-14,7) delle donne intervistate riferisce invece di aver effettuato lo screening mammografico al di fuori del programma regionale di screening organizzato;
- il 64,0% (IC95% 57,0-70,6) (Piemonte 80,2% con IC95% 78,8-81,6) riferisce di aver ricevuto la lettera della ASL d'invito all'esecuzione della mammografia;
- il 76,8% (IC95% 70,4-82,5) (Piemonte 75,0% con IC95% 73,4-76,5) riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario ad effettuare la mammografia;
- il 81,8% (IC95% 75,8-86,8) (Piemonte 77,6% con IC95% 76,1-79,2) riferisce di aver ricevuto l'informazione sulla mammografia attraverso una campagna di comunicazione.

**Grafico 22. Donne di 50-69 anni che hanno aderito allo screening organizzato (ASO) per il tumore della mammella**



## Bibliografia

1. Banca Dati Demografica Evolutiva – BDDE Regione Piemonte:  
<http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>
2. Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)  
<http://www.epicentro.iss.it/passi/>

## Appendice

- **Popolazione residente:**

costituita dalle persone che hanno dimora abituale in un Comune, Provincia, Regione, ecc. Il suo incremento/decremento è dovuto a due componenti: il movimento naturale (nati, vivi, morti e il loro saldo) e il movimento migratorio (iscritti, cancellati per trasferimento di residenza e il loro saldo).

- **Saldo naturale:**

differenza fra il numero di nati e il numero di morti relativamente ad un periodo determinato.

- **Saldo migratorio:**

differenza tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche registrate in un determinato periodo (immigrati – emigrati).

- **Saldo totale:**

differenza fra saldo naturale e saldo migratorio in un determinato periodo

- **Tasso di natalità:**

rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1000.

- **Tasso di mortalità:**

rapporto tra il numero di morti nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1000.

- **Piramide delle età:**

rappresentazione grafica della struttura di una popolazione per sesso ed età.

Diagramma con in ordinata le classi d'età in cui è distribuita una popolazione e in ascissa la percentuale o il numero assoluto dei soggetti appartenenti a ciascuna classe suddivisi per sesso: maschile a sinistra e femminile a destra.

- **Indice di invecchiamento:**

rapporto popolazione in età uguale o superiore a 65 anni e popolazione totale per 100 abitanti.

- **Indice di vecchiaia:**

indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione, della struttura per età della popolazione. Rapporto tra la popolazione anziana di 65 e più anni e la popolazione di età inferiore a 15 anni per 100 abitanti.

- **Indice di carico sociale o dipendenza:**

ha una certa rilevanza economica e sociale: rapporta le persone che non sono autonome per ragioni demografiche (giovani e anziani) alla popolazione attiva. E' molto elevato nelle popolazioni in via di sviluppo e ad alta fecondità.

Rapporto tra la popolazione di età compresa fra 0 e 14 anni più la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni per 100.

- **Indice di ricambio della popolazione in età attiva:**

rapporto tra coloro che stanno per uscire dalla popolazione in età lavorativa e coloro che vi stanno per entrare, questo indice è soggetto a forti fluttuazioni ed è molto variabile.

Rapporto tra la popolazione di età compresa fra 60 e 64 anni e la popolazione di età compresa fra 15-19 anni per 100.

- **Indice di struttura della popolazione attiva:**

indica il grado di invecchiamento della popolazione attiva: tanto più è basso l'indice tanto più giovane è la popolazione in età lavorativa.

Rapporto tra la popolazione di età compresa tra 40 e 64 anni e la popolazione di età compresa tra 15 e 39 anni per 100.

- **Indice di dipendenza strutturale anziani:**

ha una rilevanza analoga all'indice di carico sociale ma è specifico per la sola popolazione anziana. Rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

## **A CURA DI**

**Antonella Barale** – S.S. Epidemiologia – S.S.d. UVOS

**Francesco Groppi** – S.S. Epidemiologia – S.S.d. UVOS

**Capitolo 2.**

**LE SORVEGLIANZE DI POPOLAZIONE**



## **Cap. 2. Le Sorveglianze di popolazione**

### **⇒ Le Sorveglianze di popolazione**

#### **Scheda di Programma regionale 2.9.1.**

##### **Razionale**

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

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

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

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

##### **Indicazione di priorità**

###### **Raccolta dei dati con personale formato**

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

###### **Attività di coordinamento regionale e locale a supporto delle sorveglianze**

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

## **Utilizzo dei risultati**

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

## **Soggetti coinvolti**

*Livello regionale, professionisti appartenenti a:* Settore Regionale Prevenzione e Veterinaria, CORP, Gruppo di lavoro regionale per la gestione e valorizzazione delle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza individuato (rif. DD 1044 del 30/12/2011), SSEPI ASL NO (al quale il PRP 2010-2012 assegna il coordinamento delle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento).

*Livello aziendale, professionisti appartenenti a:* S.S.d. UVOS - S.S. Epidemiologia, S.S. Igiene della Nutrizione, S.S. SITROP, S.C. Sistemi Informativi, Medici di Medicina Generale, Servizio Sociale Aziendale, RePES-Promozione della Salute.

## **Obiettivo generale**

Realizzare le sorveglianze di popolazione per programmare e valutare gli interventi di prevenzione

## **Obiettivi specifici**

1. Coordinamento regionale e locale
2. Formazione del personale che effettua la raccolta dei dati
3. Raccolta dei dati
4. Analisi dei dati raccolti nel 2012
5. Messa a disposizione dei risultati

## **Azioni strategiche/risultati attesi**

1. Seguire Corso FAD da parte degli operatori PASSI 2013 del Piemonte che non lo abbiano ancora effettuato.
2. Effettuare 3300 interviste PASSI (275 per 12 ASL).
3. Elaborare i risultati 2012 relativi a OKkio, PASSI e PDA. Per risultato si intende la produzione di report o scheda tematica o altro documento su argomenti della sorveglianza **(OKkio e PASSI livello regionale; PDA livello regionale e ASL TO2)**.
4. Presentare i risultati delle sorveglianze a decisori e portatori di interesse.

## **ATTIVITA'**

### **Sorveglianza PASSI:**

L'attività programmata per l'anno 2013 è la seguente:

- Realizzazione della Sorveglianza attraverso il campionamento, la ricerca dei contatti, la somministrazione dei questionari, la registrazione e l'up-load dei dati su piattaforma web ad hoc delle 275 interviste previste dall'attività annuale a livello aziendale.
- Monitoraggio, da parte del coordinamento aziendale, delle interviste effettuate, con valutazione sulla eventuale necessità di interventi correttivi.
- Produzione di documentazione di analisi dei risultati dell'attività seguendo le indicazioni standard del coordinamento nazionale e regionale della Sorveglianza.
- Divulgazione dei risultati delle attività di sorveglianza attraverso la pubblicazione di report e schede tematiche sul sito internet aziendale, l'invio di report e schede tematiche agli Intervistatori e ai MMG.
- Formazione e aggiornamento periodico degli operatori: coordinatore aziendale con partecipazione a eventi formativi e riunioni regionali e intervistatori con partecipazione a eventi formativi e riunioni a livello locale.
- Formazione frontale e FAD rivolta ai "nuovi intervistatori" che iniziano l'attività nel 2012.
- Realizzazione di un evento formativo, accreditato ECM, rivolto a tutti gli operatori della ASL VC, introdotto dalla presentazione dell'esperienza triennale 2010-2012 del Piano Locale della Prevenzione (rappresenta l'avvio di un piano di comunicazione su programmazione e realizzazione interventi di prevenzione). Saranno quindi presentati il metodo e i risultati della Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento che rappresentano uno strumento operativo per la valutazione e la programmazione sanitaria e quindi per la realizzazione del PLP.

### **Sorveglianze OKkio alla Salute e HBSC-Italia:**

- Nel corso del 2013 non sono previste le attività di sorveglianza "OKkio alla Salute" e "HBSC - Italia" (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare).
- Nel 2013 è programmata l'attività di elaborazione del Report nazionale, regionale, e locale di ASL, di "OKkio alla Salute 2012", e l'attività di divulgazione dei dati disponibili, ad esempio con i corsi di formazione: sulla nutrizione per gli insegnanti e per gli alunni, rivolti agli operatori del settore, o sfruttando altre occasioni opportune, utilizzando ad esempio la pubblicazione sui siti istituzionali (regionali o aziendali).
- Le "nuove" Sorveglianze di OKkio alla Salute e HBSC sono in programmazione per il 2014.

## **GRUPPO DI LAVORO**

**Antonella Barale** – S.S. Epidemiologia – S.S.d. UVOS

**Gianfranco Abelli** – S.S. Igiene della Nutrizione – S.C. SIAN

**Francesco Groppi** – S.S. Epidemiologia – S.S.d. UVOS

**Capitolo 3.**

**STILI DI VITA**

## **Cap. 3. Stili di vita**

⇒ **Promozione di stili di vita salutari nelle comunità di vita e di lavoro**

### **Scheda di Programma regionale 2.9.2.**

#### **Razionale**

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

#### **Indicazione di priorità**

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

#### **Soggetti coinvolti**

- Popolazione adulta e ultra64enne
- S.S.d. UVOS - S.S. Epidemiologia
- Servizi delle ASL: SIAN, S.S. Igiene e Nutrizione, SPRESAL, Medicina dello Sport, Centri di Salute Mentale; Consultori familiari, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Psicologia
- Distretto di Vercelli; Distretto della Valsesia.
- RePES -Promozione della Salute.
- Rete Attività fisica Piemonte (RAP),
- DoRS,
- Comune di Vercelli
- Associazioni di volontariato

#### **Obiettivo generale**

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

#### **Obiettivi specifici**

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

## **Azioni strategiche/risultati attesi**

### **Promozione dell'attività fisica:**

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

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

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

### **Promozione del benessere:**

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

## **ATTIVITA'**

### **Promozione dell'attività fisica:**

- Avvio delle azioni necessarie a creare una rete locale tra i soggetti attivi nella realtà territoriale nella promozione dell'attività fisica con iniziative di gruppi di cammino (Comune di Vercelli, Diapsi, Centro Servizi di volontariato).
- Mappatura delle iniziative presenti e diffusione ai Medici di Medicina Generale, al Medico Competente dell'ASL VC, ai Centri Anziani dei Comuni di una comunicazione (volantino o depliant) relativa alle attività locali di gruppo di cammino o fit-walking allo scopo di favorire la partecipazione della popolazione adulta e anziana ai walking program.
- Prosecuzione del gruppo di cammino organizzato dal Centro di Salute mentale dell'ASL in collaborazione con l'associazione Diapsi. Il gruppo è condotto da un volontario dell'associazione che ha partecipato alla formazione per conduttori di gruppi di cammino organizzata dall'ASL VC nel 2012 e da un educatore professionale del CSM. La partecipazione al gruppo è aperta a pazienti psichiatrici e alla popolazione.

Nelle altre sedi del CSM (Santhià, Borgosesia e Gattinara) i gruppi di cammino sono condotti da personale ASL formato, infermieri ed educatori professionali, e sono aperti a pazienti psichiatrici seguiti dal Centro.

- Individuazione e valorizzazione di buone pratiche, metodi e strumenti per la promozione dell'attività fisica a partire dalla diffusione e condivisione del manuale per la progettazione e la valutazione degli interventi di promozione dell'attività fisica nel setting ambiente di lavoro che la Rete attività Fisica Piemonte, a cui il RePES partecipa, è impegnata a definire con il supporto del Dors.

### **Alimentazione sana:**

- Nella RISTORAZIONE COLLETTIVA continua l'attività di VERIFICA MENU', ormai un'attività ordinaria dei Servizi estesa a tutte le strutture mensa censite sul territorio.
- PROGETTO CELIACHIA: Progetto "Formazione e aggiornamento professionale per ristoratori ed albergatori sulla celiachia e sull'alimentazione senza glutine" (ex fondi art. 5 L. 123/2005 - D.G.R. n. 35 -1220 del 17.12.2010); attivazione dei corsi, previsti a livello regionale, per scuole e ristorazione pubblica e prosecuzione "progetto Ottimizzazione".

- Nelle RESIDENZE PER ANZIANI nella ristorazione assistenziale verrà proseguita l'attività di vigilanza/monitoraggio ponendo attenzione anche alla capacità di gestione dei rischi nutrizionali presenti negli utenti di tali strutture compresa l'adozione di protocolli di monitoraggio dello stato nutrizionale.

#### **Promozione del benessere:**

- In continuità con l'attività del 2012 le iniziative connesse al programma Genitori più, per la promozione del benessere attraverso il sostegno alla genitorialità nei primi anni di vita, proseguiranno a cura del personale dell'S.C. Pediatria, dell'S.C. Ostetricia e Ginecologia e dell'S.S.D. Gestione Consultori. Nei corsi di preparazione al parto e post parto saranno trattati gli argomenti connessi al fumo in gravidanza, posizione supina durante il sonno, uso del seggiolino in auto, prevenzione incidenti domestici, promozione dell'allattamento materno e delle vaccinazioni. I depliant per la prevenzione degli incidenti domestici saranno dati a tutti i neo genitori in occasione della distribuzione dell'agenda del Neonato.

Si prevede di organizzare per la Settimana di promozione dell'allattamento al seno alcune iniziative che comprendono giornate di Open Day dei Consultori, la partecipazione della S.C. Pediatria e dei Consultori al tavolo interistituzionale sull'allattamento materno organizzato dal Comune di Vercelli.

Si intende promuovere la partecipazione degli operatori ai corsi FAD organizzati dalla Regione in materia di sostegno alla genitorialità nei primi anni di vita, allo scopo di favorire sensibilizzazione e competenza.

## **GRUPPO DI LAVORO**

**Raffaella Scaccioni** – RePES Aziendale, S.C. Psicologia

**Antonella Barale** – Epidemiologia, S.S. d. UVOS

**Paola Gariboldi** – S.C. Sert – Dipartimento delle Dipendenze, di Psichiatria e di Psicologia

**Donatella De Lillo** – S.C. Sert – Dipartimento delle Dipendenze, di Psichiatria e di Psicologia

**Gianfranco Abelli** – S.S. Igiene della Nutrizione, S.C. S.I.A.N.

**Germano Giordano** - S.S.D. Medicina dello Sport, Dipartimento di Prevenzione

**Silvia Ferraris** - S.C. Unità modulare Psichiatria, Dipartimento di Salute Mentale

**Elisabetta Repetto** - S.S.v.D. Gestione Consultori, S.C. Psicologia

**Alessandra Turchetti** - S.S.v.D. Gestione Consultori, S.C. Psicologia

**Laura Spunton** – Servizio Sociale Aziendale, Distretto di Vercelli

**Gianluca Così** – S.C. Pediatria

## ⇒ PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI NEL SETTING SCUOLA

### Scheda di Programma regionale 2.9.4.

#### **Razionale**

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

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

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

#### **Indicazione di priorità**

Favorire un equo accesso alle proposte di promozione della salute.

#### **Soggetti coinvolti**

- S.S.d. UVOS - S.S. Epidemiologia,
- Ufficio Scolastico Territoriale,
- RePES -Promozione della Salute,
- Servizi delle ASL: S.S. Igiene della Nutrizione, S.C. Unità modulare Psichiatria; S.S.v.D. Gestione Consultori; S.C. Pediatria, S.C. Psicologia; S.C. Veterinaria, S.C. Ser.T., SISP, S.S. URP e Comunicazione.
- Distretto di Vercelli; Distretto della Valsesia.
- Rete Attività fisica Piemonte (RAP),
- Scuole di ogni ordine e grado,
- Provincia di Vercelli – settore Ambiente e Istruzione,
- A.R.P.A.,
- Gruppo regionale Guadagnare Salute Piemonte,
- DoRS,
- Comune di Vercelli,
- Associazioni di volontariato.



## Obiettivo generale

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

## Obiettivi specifici

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

## Azioni strategiche/risultati attesi

1. Consolidare i rapporti tra Sanità e Scuola secondo gli indirizzi del Protocollo di Intesa
2. Condividere e promuovere insieme alle scuole il consolidamento dei progetti nazionali e regionali proposti dal programma "Guadagnare salute" e orientati allo sviluppo delle life skill (Diari di salute, Unplugged, Alimentazione e Attività Fisica, Profili di Salute della Scuola, Peer Education).
3. Favorire lo sviluppo e la selezione di "buone pratiche" che promuovano stili di vita positivi in tema di alimentazione, attività fisica, fumo.
4. Mantenere attiva la rete regionale di Guadagnare Salute in Adolescenza

## ATTIVITA'

### Promozione dell'attività fisica:

#### 1. Gruppo Tecnico Provinciale

In continuità con l'attività sviluppata nel periodo 2010-12 verrà definito per l'A.S. 2013/14 un **programma di offerte di progetti** orientati all'adozione di stili di vita sani che tiene conto delle **Linee Guida Regionali Scuola/Sanità**, recepite nel 2012. Il programma, condiviso con la referente per la Salute dell'Ufficio Scolastico Territoriale comprenderà anche un'iniziativa, rivolta ad un gruppo di insegnanti, nata dalla collaborazione con Provincia- settore Ambiente, ARPA e U.S.T. sulle attività di promozione della salute e di sostenibilità ambientale.

Il RePES è inserito formalmente nel **Gruppo Tecnico Provinciale** dell'Ufficio Scolastico e parteciperà agli incontri che verranno organizzati nel corso del 2013.

Le attività svolte saranno inserite nella **Banca dati Pro.Sa** a cura dei componenti del gruppo aziendale di promozione della salute attraverso una sessione di lavoro di gruppo.

#### 2. Linee Guida Attività Fisica

Avvio della collaborazione con la Referente per l'attività fisica dell'Ufficio Scolastico territoriale allo scopo di: a) implementare la diffusione nelle scuole del **manuale regionale per l'Attività Fisica** – "Esperienze e strumenti per la promozione dell'attività fisica nella scuola"; b) offrire sostegno alle azioni rivolte a migliorare i livelli di attività fisica nelle scuole; c) verificare le azioni messe in atto dalle scuole attraverso modalità che saranno concordate con la referente. Si prevede di incontrare i referenti per l'attività fisica delle scuole per presentare il Manuale, conoscere le attività già in atto per la promozione dell'attività fisica e promuovere collaborazioni e sinergie.

Pubblicazione del **Manuale** nella pagina di Promozione della Salute del sito dell'ASL.

#### 3. Presentazione Offerta Educativa e Formativa

Definizione di un **catalogo di offerta di attività di promozione della salute** che i diversi Servizi dell'ASL per i loro specifici ambiti rivolgono alle scuole di ogni ordine e grado. Il catalogo comprende, tra i progetti orientati all'adozione di stili di vita salutari (Alimentazione, Salute e Ambiente, Attività Fisica), alcuni individuati come Buone Pratiche (Unplugged, Affy – Fiutapericoli

e il Diario della Salute).

Collaborazione con la referente della Salute dell'Ufficio Scolastico Territoriale per diffondere il catalogo presso tutti gli Istituti Scolastici del territorio attraverso una comunicazione via mail.

Presentazione del catalogo ai referenti della Salute delle scuole in due incontri, uno per il distretto di Vercelli e uno per quello di Borgosesia.

Diffusione attraverso i giornali locali e pubblicazione del catalogo nella pagina di Promozione della Salute del sito dell'ASL.

#### **4. Partecipazione alla sperimentazione Profilo di Salute della Scuola**

Adesione dell'ASL al percorso per la sperimentazione del Profilo di Salute della Scuola, come proposto dalle Linee Guida Regionali attraverso la partecipazione del RePEs alla formazione congiunta proposta a livello regionale.

Supporto alla sperimentazione che i 5 Istituti Scolastici del territorio che hanno aderito al progetto dovranno avviare e svolgere nell'A.S. 2013/14 per definire il Profilo di Salute del loro Istituto. Si prevede di dividere le attività tra Istituti Comprensivi e Istituti Superiori e di programmare una serie di incontri con il docente o il gruppo di docenti di ogni Istituto individuati per realizzare l'azione.

#### **5. Rete "Guadagnare salute in adolescenza"**

Realizzazione di incontri tra gli operatori dei gruppi di lavoro locali dei progetti di Guadagnare Salute in Adolescenza – Unplugged, Peer to Peer, Insieme X la sicurezza – allo scopo di creare sinergie e collegamenti tra le diverse azioni. Si prevede di dedicare almeno un incontro del Gruppo Aziendale di promozione della Salute alla verifica delle attività sviluppate sul territorio per la stabilizzazione dei progetti di GSA.

#### **6. Miglioramento della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nella ristorazione scolastica**

In Piemonte i SIAN oltre a garantire l'attuazione delle sorveglianze nazionali "Okkio alla salute" ed "HBSC" hanno attivato specifiche sorveglianze sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva dai bambini e sulla qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva con una particolare attenzione alle porzioni distribuite nella ristorazione scolastica. **SORVEGLIANZA SUI PRODOTTI CONFEZIONATI CONSUMATI IN ETÀ EVOLUTIVA DURANTE GLI SPUNTINI:** attività di aggiornamento della banca dati sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva ultimando il caricamento dei dati delle etichette raccolte nel 2012.

Per la **VIGILANZA/MONITORAGGIO** nella **RISTORAZIONE SCOLASTICA** nel 2013 sarà mantenuta l'attività di vigilanza nelle ristorazioni scolastiche mediante sopralluoghi in almeno 20 strutture utilizzando la scheda di "SORVEGLIANZA IGIENICO NUTRIZIONALE DELLE MENSE - Sezione A" già fornita dal Settore regionale competente nel biennio 2007-2008 e la scheda per la sorveglianza delle porzionature fornita con il programma 2011-2012.

**PROGETTO SPUNTINO:** Percorso di formazione per insegnanti, **PROGETTO ALIMENTAZIONE:** Interventi di promozione corretti stili di alimentazione (Linee guida Inran – 2003). Realizzazione dell'intervento di prevenzione dei disturbi alimentari (DCA) una collaborazione tra Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Prevenzione e S.I.A.N.

#### **GRUPPO DI LAVORO**

**Raffaella Scaccioni** – RePES Aziendale, S.C. Psicologia

**Gianfranco Abelli** – S.S. Igiene della Nutrizione, S.C. S.I.A.N.

**Onesimo Vicari** – S.C. S.I.S.P., Dipartimento di Prevenzione

**Maria Esposito** – S.C. Malattie Infettive

**Germano Giordano** - S.S.D. Medicina dello Sport, Dipartimento di Prevenzione

**Paola Gariboldi** – Ser.T., Dipartimento delle Dipendenze  
**Donatella De Lillo** - Ser.T., Dipartimento delle Dipendenze  
**Patrizia Colombari** – S.C. Psicologia  
**Cristina Parvis** – S.C. Psicologia  
**Silvia Ferraris** - S.C. Unità modulare Psichiatria, Dipartimento di Salute Mentale  
**Claudia Taliano** - S.S. URP e Comunicazione  
**Elisabetta Repetto** - S.S.v.D. Gestione Consultori, S.C. Psicologia  
**Elena Uga** – S.C. Pediatria  
**Nadia Giordano** - S.S.v.D. Gestione Consultori  
**Gianluca Così** – S.C. Pediatria

## ⇒ **PERCORSI DI PREVENZIONE NEL SETTING SANITARIO**

### **Scheda di Programma regionale 4.1.1. / 2.9.3**

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

### **Razionale**

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

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

Per quanto riguarda le cosiddette patologie esercizio-sensibili, la letteratura scientifica ha prodotto moltissime evidenze sull'efficacia dell'esercizio fisico in diverse condizioni patologiche e raccomanda l'utilizzo dell'esercizio fisico quale strumento preventivo e terapeutico per varie patologie definite esercizio-sensibili. Si tratta di problemi di salute largamente diffusi nella popolazione.

Pertanto è importante intervenire con un programma di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico rivolto a persone con patologia esercizio-sensibile o con consolidati fattori di rischio per detta patologia.

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

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

### **Indicazione di priorità**

Per l'anno 2013 saranno prioritari la messa a punto dei percorsi sul tabagismo, già oggetto di sperimentazione nel precedente piano, l'integrazione delle attività di consulenza dietetico-

nutrizionale e la definizione di un modello operativo per l'esercizio-terapia nelle patologie esercizio-sensibili.

### **Soggetti coinvolti**

- Pazienti;
- S.S.d. UVOS - S.S. Epidemiologia;
- RePES -Promozione della Salute;
- Servizi dell'ASL VC: Medicina dello Sport, S.S. Igiene della Nutrizione, Servizi specialistici per patologie esercizio-sensibili (Diabetologia, Cardiologia, Oncologia, Psichiatria, Dietologia, Psicologia, ecc.);
- Distretto di Vercelli; Distretto della Valsesia;
- Associazioni di Malati;
- Rete Attività fisica Piemonte (RAP);
- Gruppo GSP;
- Servizi specialistici per la disassuefazione tabagica (CTT, Psicologia, Pneumologia, SerT, ecc..)

### **Obiettivo generale**

- Aumentare la quota di fumatori che portano a termine con successo un percorso di disassuefazione.
- Migliorare le condizioni nutrizionali nei soggetti che accedono a sportelli informativi ed ambulatori nutrizionali.
- Promuovere l'adozione di uno stile di vita attivo in persone con patologie esercizio-sensibili.

### **Obiettivi specifici**

- Garantire percorsi di disassuefazione dal fumo evidence-based in tutte le aziende sanitarie.
- Potenziare e razionalizzare l'offerta di counseling nutrizionale.
- Migliorare i parametri clinici, di efficienza fisica e la qualità della vita (SF36) nei pazienti con patologie esercizio-sensibili.

### **Azioni strategiche/risultati attesi**

- Messa a regime dei percorsi fumo.
- Definizione di un modello operativo integrato tra strutture cliniche e preventive in campo di counseling nutrizionale.
- Costruire un modello operativo di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico nelle patologie esercizio-sensibili.

## **ATTIVITA'**

### **Fumo**

- Revisione del percorso Fumo, già definito nel 2011 e implementato nel 2012, attraverso incontri del Gruppo aziendale Fumo volti a discutere i punti critici della flow-chart. Si prevede di aumentare il coordinamento con i reparti ospedalieri, con i Distretti e con i MMG attraverso comunicazioni, distribuzione di depliant, aggiornamenti sullo stato dell'arte, invio restituzioni alla Segreteria del Distretto.
- Aggiornamento della composizione del Gruppo di lavoro Fumo con successiva delibera.
- Completamento somministrazione ed elaborazione (report) dei questionari di indagine sull'atteggiamento sul fumo agli operatori dell'ASL VC.
- Organizzazione di una giornata di sensibilizzazione sull'atteggiamento sul fumo degli operatori sanitari in cui restituire l'analisi dei dati dell'indagine sul fumo degli operatori dell'ASL VC.
- Organizzazione di un corso di formazione in counselling in Promozione della Salute in cui è trattato anche il colloquio breve motivazionale per la disassuefazione sul fumo, rivolto al personale sanitario ospedaliero e territoriale.
- Definizione e somministrazione di un breve questionario relativo a fumo e attività fisica a tutto il personale visitato dal Medico Competente. Questa attività diventerà di sistema e permetterà di avere a disposizione dati aggiornati sui comportamenti relativi a fumo da sigaretta e livelli di attività fisica quotidiani del personale dell'ASL VC.
- Adesione al progetto "Ospedali senza Fumo" in collaborazione con CPO Piemonte.
- Mantenimento rete comunicativa con Osservatorio Fumo Alcol Droga – I.S.S. per aggiornamenti e ufficializzazione inserimento nei CTT riconosciuti a livello nazionale

### **Nutrizione**

- INTERVENTI DI PREVENZIONE IN SOGGETTI A RISCHIO in questi anni sono stati realizzati interventi e strutturati programmi di prevenzione indirizzati a soggetti a rischio (sportelli nutrizionali, ambulatori di counselling individuali/di gruppo.). Tali attività saranno svolte in ambito di eventuali progetti condivisi (ad es. DSM, Consultorio, etc) con altre strutture migliorandone l'efficacia e l'appropriatezza.
- SPORTELLO NUTRIZIONALE: continua l'attività di implementazione delle linee guida per una sana alimentazione italiana, nelle categorie a rischio nella popolazione, per la promozione di stili alimentari favorevoli; implementazione dell'attività relativa al percorso nutrizionale avviata dal 2010 in collaborazione con il SIAN e la SSvD Medicina dello Sport.

### **Esercizio-terapia**

- Avvio delle azioni volte alla costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare tra soggetti interessati allo sviluppo di un modello operativo di prescrizione dell'esercizio fisico nelle patologie esercizio-sensibili. Si prevede di prendere contatti con le S.C. Reumatologia e Recupero funzionale, Cardiologia, Diabetologia e Oncologia allo scopo di individuare alleanze e definire collaborazioni.
- Prosecuzione dei gruppi di cammino realizzati dal Dipartimento di Salute mentale rivolti a pazienti psichiatrici e condotti da personale infermieristico e/o educatori professionali formati dal corso per conduttori di gruppo di cammino svoltosi nel 2012.

## **GRUPPO DI LAVORO**

**Raffaella Scaccioni** – RePES Aziendale, S.C. Psicologia

**Gianfranco Abelli** – S.S. Igiene della Nutrizione, S.C. S.I.A.N.

**Germano Giordano** - S.S.D. Medicina dello Sport, Dipartimento di Prevenzione

**Paola Gariboldi** – Ser.T., Dipartimento delle Dipendenze

**Patrizia Colombari** – S.C. Psicologia

**Paolo Conti** – Dipartimento Medico; S.C. Pneumologia

**Silvia Ferraris** - S.C. Unità modulare Psichiatria, Dipartimento di Salute Mentale

**Nadia Giordano** - S.S.v.D. Gestione Consultori

**Laura Spunton** – Distretto di Vercelli, Servizio Sociale aziendale

**Antonella Barale** – S.S. Epidemiologia

**Capitolo 4.**

**SICUREZZA ALIMENTARE**



## **Cap. 4. Sicurezza alimentare**

### **⇒ Sicurezza alimentare**

#### **Scheda di Programma regionale 2.8.1.**

##### **Razionale**

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

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

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

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

##### **Priorità**

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

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

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

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

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

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

### **Soggetti coinvolti**

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

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

### **Obiettivo generale**

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

### **Obiettivi specifici**

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

### **Azioni strategiche/risultati attesi**

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

<b>ATTIVITA'</b>	
<b>Regione</b>	<b>ASL</b>
<p><b>1.</b></p> <p>Definizione e invio alle Asl del Piano regionale integrato di sicurezza alimentare.Valutazione dei livelli di coerenza nei PAISA e nelle relazioni di attività</p>	<p><b>1.</b></p> <p>Definizione da parte del gruppo di lavoro aziendale del PAISA degli indirizzi per l'attuazione delle azioni previste. Attuazione delle attività programmate nel PAISA.</p> <p><b>PAISA 2013</b></p> <p>Il gruppo PAISA che nel corso degli anni si é arricchito di nuove figure del Dipartimento, sulla base dello schema di programmazione PRISA inviata dal competente Settore regionale, tenuto conto del numero, della tipologia e dell'analisi del rischio delle Imprese presenti sul territorio aziendale, elabora il PAISA 2013 e lo diffonde al personale del Dipartimento di Prevenzione per una più dettagliata programmazione delle attività.</p>
<p><b>2.</b></p> <p>Prosecuzione aggiornamento procedure e audit servizi. Programmazione ed effettuazione audit di sistema e settore nelle ASL</p>	<p><b>2.</b></p> <p>Prosecuzione del processo di miglioramento della qualità dei servizi e programmazione ed effettuazione audit interni.</p> <p><b>AUDIT DI SISTEMA</b></p> <p>La Regione Piemonte ha organizzato negli anni 2011 e 2012 la formazione specifica del personale ed approvato le linee di indirizzo, le procedure e la modulistica per l'effettuazione degli Audit regionali ed interni al fine di prevedere un percorso graduale finalizzato anche ad un adeguamento degli standard organizzativi dei servizi (Nota prot.21221 del 02/08/2012).</p> <p>Pertanto, al fine di rispondere al mandato della Regione Piemonte per l'esecuzione di Audit interni in vista di quelli di sistema (ACR nei confronti di ACL) programmati negli anni 2012-2013 ed a seguito della nota sopracitata si è costituito un gruppo di lavoro che, esaminata la documentazione regionale ed individuati gli Auditor in formazione (Partecipazione a corso regionale 40 ore) ha proceduto ad una prima fase di autovalutazione come da "Linee guida per l'organizzazione dell'ACL".</p> <p>In successivi incontri si è coinvolto un Auditor aziendale formato ed operante presso la struttura Qualità Aziendale, al fine di avere un supporto metodologico.</p> <p>Sono stati successivamente effettuati n. 3 Audit interni. Nel corso del 2013 si intende proseguire</p>

	<p>le attività finalizzate all'adeguamento degli standard di Servizio. A tal fine si sono programmate due attività formative.</p> <p>a) un Evento residenziale dal titolo: "Organizzazione dell'Autorità competente locale ai sensi del Reg. CE 882/2004: analisi degli standard per il funzionamento del controllo ufficiale in materia di sicurezza degli alimenti" che si terrà a Vercelli in data 26/06/2013 ed aperto ad operatori di tutte le ASL regionali</p> <p>b) attività di Formazione sul campo che si articolerà in 7 incontri di 3 ore ciascuno a cui parteciperanno 20 operatori dei servizi interessati con il mandato di produrre/aggiornare procedure condivise nell'ambito della sicurezza alimentare.</p>
<p><b>3.</b></p> <p>Revisione della scheda valutazione del rischio (SIAN, SVET); predisposizione di un protocollo operativo sulla filiera avicunicola (area A, B e C); predisposizione di un protocollo sulla corretta gestione della macellazione d'urgenza (area A, B e C).</p>	<p><b>3.</b></p> <p>Predisporre almeno una procedura di attività integrata (SIAN, SVET); individuare almeno un settore di attività che venga gestito da servizi diversi da quello titolare della competenza; integrazione dei SIAN, SVET per attività di campionamento.</p> <p>Facendo riferimento a quanto indicato al punto precedente relativo alle attività di formazione sul campo, si segnala che le procedure attualmente in fase di stesura/revisione, sono relative a controllo ufficiale, campionamento microbiologico, certificazioni import/export, allerta. Nel PAISA 2013 al capitolo "attività integrate" sono state previste le tipologie di impresa, i servizi coinvolti ed il numero di controlli da effettuare congiuntamente cercando, ove possibile, di estendere le competenze su alcune materie affini (gestione resi, vigilanza ristorazione collettiva con verifica di alimenti di origine animale, verifica del rispetto del benessere animale in occasione di attività ispettive nei macelli, <i>verifica del protocollo filiera avicunicoli in materia di salmonellosi</i>). Analogamente, il PAISA 2013 riporta l'individuazione dell'attività di campionamento.</p>
<p><b>4.</b></p> <p>Comunicazione: strutturare format per le azioni di comunicazione alle imprese, associazioni, popolazione generale</p>	<p><b>4.</b></p> <p>Organizzare incontri a livello locale sulla base di indirizzi regionali.</p> <p>Nel corso del 2012 è stato formalmente presentato il piano delle attività integrate per la</p>

	<p>sicurezza alimentare in un incontro tra operatori dei servizi Sian e Veterinario e alcune associazioni di categoria (Ascom, Confesercenti, Ass. panificatori) con le quali peraltro sono attivi da anni rapporti di collaborazione.</p> <p>Nel corso del corrente anno tale attività di comunicazione verrà ulteriormente implementata coinvolgendo anche altre associazioni di categoria (allevatori, cacciatori ecc.). Specifiche attività di comunicazione sono state dedicate a problemi emergenti sul territorio (riscontro positività radiometriche in carne di cinghiale cacciato a livello locale).</p>
<p><b>5.</b>          Coordinamento delle iniziative di formazione attivate dalle ASL.</p>	<p><b>5.</b>          Organizzare un evento formativo fruibile da operatori di tutte le ASL del territorio regionale.</p> <p>Si rimanda all'evento residenziale regionale aperto a gli operatori di tutte le ASL e descritto al punto 2.</p>
<p><b>6.</b>          Implementazione gestione Allerta con ausilio PMPPV.</p>	<p><b>6.</b>          Implementazione procedure e messa a regime del nodo allerta aziendale.</p> <p>Nel corso del 2013 è previsto il cambiamento di sede dei servizi del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>Tale modifica della logistica dovrà tenere conto della priorità della funzionalità del nodo locale garantendo la piena integrazione del personale dei Servizi deputati alla gestione delle notifiche.</p>
<p><b>7.</b>          Maggiore copertura della vigilanza su vecchie e nuove tipologie di distribuzione dell'acqua.</p>	<p><b>7.</b>          Prosecuzione dei controlli inerenti il rischio acqua le imprese alimentari e inizio di quelli inerenti le "cassette dell'acqua".</p> <p><b>Per le acque utilizzate nelle imprese alimentari</b> con approvvigionamento autonomo prosegue il programma di campionamento secondo le indicazioni della DGR 10.01.2012, n. 2-3258 così come modificata dalla DGR 30.07.2012 n. 59-4262, compatibilmente con le risorse disponibili ed in base ai precedenti riscontri.</p> <p>Nello stesso tempo anche nelle imprese alimentari con approvvigionamento da acquedotto avverrà il controllo delle procedure specifiche nel piano di autocontrollo,utilizzando lo schema di valutazione del rischio trasmesso in allegato al vigente Prisa.</p>

	<p>Tale modalità di valutazione sarà divulgata diffusamente agli OSA</p> <p><b>“Cassette” dell’acqua:</b> ultimamente si è diffusa sul territorio regionale l’installazione delle cosiddette cassette dell’acqua per la distribuzione automatica di acqua di acquedotto, per lo più filtrata e gassata.</p> <p>Sul territorio della Asl Vc sono attualmente presenti 18 impianti che verranno gradualmente inseriti nel programma annuale di controllo .</p>
<p><b>8.</b></p> <p>Definizione di indirizzi e sostegno all’attuazione dei programmi di prevenzione in ambito nutrizionale.</p>	<p><b>8.</b></p> <p>Attuazione dei programmi.</p> <p><b>ATTIVITÀ NUTRIZIONALI</b></p> <p>Per il 2013, in continuità con il programma di attività 2011-2012, verranno proseguite le attività nelle principali aree di intervento: sorveglianza nutrizionale, ristorazione collettiva, educazione sanitaria, consulenza dietetico nutrizionale. Per il dettaglio delle attività si rimanda al PAISA 2013.</p>

#### **GRUPPO DI LAVORO**

**Luisa Michela Olmo** – S.C. Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione

**Gianfranco Abelli** – S.C. Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione - S.S. Nutrizione

**Marco Montafia** – S.C. Veterinario Area A/B/ C

**Elena Pavoletti** – S.C. Veterinario Area B

**Massimo Platini** – S.C. Veterinario Area B

**Dario Bossi**– S.C. Veterinario Area C



*Capitolo 5.*

**PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E DELLE INFEZIONI  
CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA**



## **Cap. 5. Prevenzione delle malattie trasmissibili e delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria**

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

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

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

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

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

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

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

### **⇒ Prevenzione delle malattie infettive malattie infettive prevenibili con vaccino**

#### **Scheda di Programma regionale 2.4.1.**

##### ***Razionale***

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

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

##### ***Indicazione di priorità***

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

## **Soggetti coinvolti**

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

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

Per questo andranno ricercati contatti e promosse alleanze con il mondo clinico (soprattutto per collaborare alla protezione dei soggetti a maggior rischio), identificati possibili scenari di integrazione trasversale (per promuovere le politiche vaccinali in tutte le articolazioni del SSR), sperimentate forme di superamento della specificità dei servizi vaccinali attraverso forme di promozione della funzione con delega della erogazione.

## **Obiettivo generale**

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

## **Obiettivi specifici**

Superare le differenze territoriali per quanto attiene:

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

## **Azioni strategiche/risultati attesi**

### **– Sorveglianza**

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

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

### **– Adesione consapevole e superamento dell'obbligo**

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

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

### **– Programmi coordinati regionali e superamento differenze territoriali**

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

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

– *Comunicazione diretta e trasparente*

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

Sarà promosso l'aggiornamento dei professionisti sanitari.

#### **ATTIVITA'**

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

L'inchiesta epidemiologica viene svolta a seguito di segnalazione per tutte le malattie soggette a sorveglianza o passibili di interventi di prevenzione.

Si prevede di perfezionare il flusso informativo dalle strutture cliniche di ricovero al SISP, con l'intento di allinearli al flusso informativo proveniente dai Laboratori Analisi.

Seguendo il PNeMRC, verranno come di consueto svolte indagini per i casi di morbillo segnalati.

**- Convocazione attiva dei minori candidati alla vaccinazione.**

Invito attivo dei minori candidati alla vaccinazione e invio fino a 3 solleciti ai non rispondenti.

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

Viene effettuata la verifica dello stato vaccinale del bambino in tutte le occasioni di contatto con le strutture sanitarie e si procede all'immunizzazione dei non vaccinati.

In ogni occasione di contatto con il Servizio di Igiene pubblica si valuta l'immunizzazione delle giovani donne nei confronti della rosolia e vengono eseguite le vaccinazioni alle suscettibili.

Il SISP, in collaborazione con la Struttura di Ginecologia e Ostetricia, consoliderà l'attività già in atto di vaccinazione delle puerpere rubeo-negative nei due punti nascita presenti nell'ASL con l'adozione di una procedura aziendale condivisa.

**- Applicazione della procedura di gestione dei casi di inadempienza.**

Le convocazioni dei minori candidati alle vaccinazioni, i solleciti e le procedure di gestione dei casi di inadempienza vengono svolte come previsto dal PPPV, con basse percentuali di rifiuto vaccinale. E' intenzione del Servizio incrementare ulteriormente le azioni di recupero delle mancate adesioni alla vaccinazione anti-HPV, anche con un maggiore coinvolgimento dei MMG e dei PLS.

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

Si prevede la formalizzazione della nomina di un RAV aziendale nell'ambito del SISP, che prosegua le funzioni svolte dal RAV precedentemente indicato e già attivo nei rapporti con i servizi regionali.

#### **GRUPPO DI LAVORO**

**Gabriele Bagnasco** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Virginia Silano** - S.S. Vaccinazioni Malattie Infettive - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Elisabetta Repetto** – S.S.D Gestione Consultori familiari

**Fulvia Milano** – S.C. Laboratorio Analisi e Microbiologia – S.S. Microbiologia

**Silvio Borrè** – S.C. Malattie infettive

**Scipione Gatti** – S.C. Direzione medica di presidio/S.S. Prev CIO

## ⇒ **Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza**

### **Scheda di Programma regionale 2.5.1.**

#### ***Razionale***

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

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

#### ***Indicazione di priorità***

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

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

Sempre nell'ambito di questa seconda priorità, è necessario proseguire nel miglioramento delle attività di sorveglianza, come anche indicato recentemente a livello nazionale per l'integrazione ospedale-territorio delle informazioni sulla diffusione di alcune antibioticoresistenze

#### ***Soggetti coinvolti***

Gruppo di lavoro regionale Infezioni Correlate all'Assistenza, SeREMI, Direzione Sanitarie delle ASL e ASO, Direzioni Medica Presidio Ospedaliero, CIO, Laboratorio Analisi e Microbiologia e Laboratorio di Microbiologia e virologia di riferimento regionale, S.C. Malattie Infettive, SC Pneumologia, Dipartimento di Prevenzione, Medico competente, Centro di Riferimento regionale per la Tubercolosi.

#### ***Obiettivo generale***

Mantenere nei limiti dell'atteso l'incidenza delle malattie delle infezioni correlate all'assistenza.

#### ***Obiettivi specifici***

- 1) Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
- 2) Controllo delle Antibioticoresistenze

## Azioni strategiche/risultati attesi

### Sorveglianza

Mantenimento degli standard attuali delle attività di sorveglianza delle ICA e dell' Antibiotico-resistenza secondo i tempi ed i modi previsti dagli indicatori regionali

#### ATTIVITA'

L'attività volta al raggiungimento degli obiettivi identificati per l'anno 2013 si sviluppa come segue:

1. Studio sull'applicazione della profilassi antibiotica perioperatoria.
2. Esperienza di Antibiotico-Stewardship.
3. Monitoraggio dei casi di enterite da clostridium difficile.
4. Prosecuzione della Sorveglianza delle Infezioni correlate al cateterismo vescicale, durata 12 mesi/anno.
5. Prosecuzione della Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, durata 12 mesi/anno.
6. Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico nei pazienti sottoposti a Protesi d'anca, durata 6 mesi/anno.
7. Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico nei pazienti sottoposti a Interventi sul colon, durata 6 mesi/anno.
8. Sorveglianza delle infezioni da Legionella spp.
9. Sorveglianza dell'incidenza di batteriemie correlate a CVC presso la SC Rianimazione di Vercelli – Progetto Nazionale coordinato dal gruppo Gi.Vi.Ti.
10. Sorveglianza dell'incidenza VAP presso la SC Rianimazione di Vercelli – Progetto Nazionale coordinato dal gruppo Gi.Vi.Ti.
11. Sorveglianza dell'incidenza di incidenti percutanei e mucocutanei negli operatori sanitari.
12. Sorveglianza continuativa delle Antibioticoresistenze.
13. Sorveglianza sulla Frequenza di Enterobatteri resistenti a carbapenemi.
14. Studio di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture residenziali per anziani.
15. Evento formativo "Il rischio tubercolosi" – 3 edizioni.
16. Evento formativo "Antibiotico Stewardship: le Strategie Fondamentali per la messa in Atto di una Politica degli Antibiotici" – 3 edizioni.

#### GRUPPO DI LAVORO

**Scipione Gatti** - S.S. Prev CIO - S.C. Direzione medica di presidio

**Emanuela Pastorelli** - Direzione Medica di Presidio

**Paolo Conti** - Dipartimento Area Medica, S.C. Pneumologia, Dispensario Antitubercolare

**Riccardo Dosdegani** - Dipartimento Area Chirurgica

**Paolo Navalesi** - Dipartimento Area Emergenza

**Silvio Borrè** - S.C. Malattie Infettive

**Fulvia Milano** - S.C. Laboratorio Analisi e Microbiologia

**Giovanni Cotevino** - S.S. a V.D. Medico Competente

**Silvia Bonetta** - S.C. Farmacia Ospedaliera

**Germano Giordano** - S.S. a V.D. Risk Management

**Lidia Carnevale** - S.S. a V.D. SITROP  
**Manuela Franchino** - S.S. Prev CIO (ICI)  
**Cristina Siciliano** - S.S. Prev CIO (ICI)

## ⇒ **Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni**

### **Scheda di Programma regionale 2.6.1.**

#### **Razionale**

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

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

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

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

#### **Indicazione di priorità**

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

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

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

#### **Soggetti coinvolti**

SeREMI, Dipartimento di Prevenzione (servizi medici e veterinari), Centro regionale di Riferimento per la Tuberculosis, Centri ISI, Medicina Penitenziaria, Consulteri, Gruppo di lavoro Infezioni Correlate all'Assistenza, Direzioni Sanitarie delle ASL e ASO, Direzione Medica Presidio Ospedaliero, CIO, Laboratorio Analisi e Microbiologia e Laboratorio di Microbiologia e virologia di riferimento regionale, S.C. Malattie Infettive, SC Pneumologia, Dipartimento di Prevenzione, Medico competente, Centro di Riferimento regionale per la Tuberculosis.

## **Obiettivo generale**

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

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

## **Obiettivi specifici**

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

## **Azioni strategiche/risultati attesi**

### **1) Sorveglianza**

- a) Mantenimento degli standard attuali delle attività di sorveglianza SIMI secondo i tempi ed i modi previsti
- b) Prosecuzione dello sviluppo del sistema informativo per la notifica e sorveglianza speciale delle malattie infettive (azione centrale)

### **2) TB**

- a) Mantenimento degli standard diagnostici attuali
- b) Mantenimento degli standard attuali per la prevenzione della malattia tra i contatti
- c) Mantenimento degli standard attuali per la prevenzione della TB in ambito ospedaliero

### **3) Legionellosi**

Attivazione della riorganizzazione regionale dei controlli ambientali in presenza di caso di Polmonite da Legionella

### **4) MST e HIV**

Mantenimento delle attività della rete dedicata alla diagnosi, cura e prevenzione delle MST e della rete di sorveglianza dell'HIV

### **5) Malattie da importazione o patogeni emergenti**

Mantenimento degli standard attuali dell'ambulatorio viaggi

### **6) Sistema di gestione delle urgenze e delle emergenze per malattie infettive**

Aggiornamento del Piano Locale Emergenze e dei recapiti delle reperibilità



## **ATTIVITA'**

### **1) Sorveglianza**

Il nodo SIMI prosegue l'attività rispetto ai flussi informativi richiesti ed è attivo rispetto alle sorveglianze indicate. Si perseguirà il miglioramento nella tempestività della segnalazione dai reparti clinici.

### **2) TB**

In collaborazione con i reparti di Malattie infettive, Pneumologia, Pediatria, con la Farmacia e con le strutture esterne coinvolte, quali scuole, case di riposo, viene attivata la sorveglianza dei contatti come indicato dalle normative nazionali, regionali e dal protocollo aziendale, che verrà aggiornato secondo necessità.

Vedasi anche scheda programma 2.5.1..

### **3) Legionellosi**

Formazione degli operatori sulle metodologie di campionamento ambientale:

i tecnici d'ambiente del SISP seguono seguito una formazione specifica regionale per il campionamento ambientale e collaborano con l'ARPA nei campionamenti connessi alle sorveglianze attivate in seguito a segnalazione di malattia.

Vedasi anche scheda programma 2.5.1..

### **4) MST-HIV**

- Prosecuzione dell'attività dell'Ambulatorio delle Malattie Infettive all'interno della rete regionale dei Centri accreditati per MST e HIV. Rispetto dei flussi informativi verso la regione, e partecipazione agli eventi formativi regionali.

- Prosecuzione dell'attività con integrazione fra SC Malattie Infettive, Ambulatorio MST, SC Ginecologia, SC Dermatologia, SC SerT, Carcere. Tali Strutture sono coinvolte nell'obiettivo di contrasto alla diffusione dell'HIV attraverso l'applicazione della terapia antiretrovirale e l'attività di counselling.

### **5) Antibioticoresistenze**

a) Vedasi capitolo 2.5.1

b) Il Laboratorio provvede alla mappatura dei profili degli alert organism andando a valutare il trend temporale delle resistenze con particolare riguardo all'isolamento di ceppi MDR e XDR, per i quali vengono messi in atto test fenotipici di conferma.

c) Tutti i ceppi isolati con le caratteristiche di alert organism vengono inviati in tempo reale via web al CIO e alle strutture coinvolte.

d) Informatizzazione della sorveglianza delle CPE con disponibilità di accesso al sistema da parte delle Direzioni Sanitarie ospedaliere e degli operatori del Rischio infettivo (azione centrale)

### **6) Malattie da importazione**

E' prevista la partecipazione a corsi di formazione regionali degli operatori e del medico responsabile del Centro di medicina dei Viaggi.

## **GRUPPO DI LAVORO**

**Silvio Borrè** – S.C. Malattie infettive

**Fulvia Milano** – S.C. Laboratorio Analisi e Microbiologia

**Scipione Gatti** – S.C. Direzione medica di presidio/S.S. Prev CIO

**Paolo Conti** – S.C. Pneumologia

**Gabriele Bagnasco** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Virginia Silano** - S.S. Vaccinazioni Malattie Infettive - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Capitolo 6.**

**PREVENZIONE DEI RISCHI IN AMBIENTI DI VITA**

## Cap. 6. Prevenzione dei rischi in ambienti di vita

### ⇒ Prevenzione dei rischi in ambienti di vita

#### Scheda di Programma regionale 2.7.1.

##### **Razionale**

L'ambiente di vita influenza la salute durante l'intero ciclo della vita umana: dal concepimento e dalle prime differenziazioni di sviluppo cellulare, allo sviluppo pre e post-natale e alla crescita puberale, fasi caratterizzate da una maggiore vulnerabilità alle esposizioni ambientali sfavorevoli (Tamburlini et al. 2002), all'età adulta, ove agiscono fattori residenziali e occupazionali, fino all'età anziana, particolarmente sensibile agli effetti climatici e dell'inquinamento atmosferico. Le esposizioni ambientali sono caratterizzate da dosi basse e azione sinergica con altri fattori, per lo più socio-economici e occupazionali, che modificano il rischio per la salute e la relazione che si instaura tra l'ambiente e la salute in un individuo o in un gruppo.

Vari studi in precedenza hanno tentato di quantificare il carico di malattia complessivo (definito *global burden of disease*, GBD), dovuto ai principali rischi ambientali (Smith et al., 1999; Prüss et al., 2002), fino all'ultima pubblicazione dell'OMS (2006) su questo tema, che a livello globale attribuisce a fattori ambientali circa un quarto del carico di malattia (23%) e più di un terzo nell'età pediatrica (36%).

Per l'Italia, in linea con le percentuali dei Paesi occidentali, queste percentuali sono minori, scendendo rispettivamente al 13% e al 19%, dato il minore impatto di importanti determinanti ambientali (scarsità di acqua potabile, servizi igienici, infezioni intestinali, infezioni respiratorie) tipici dei Paesi in via di sviluppo.

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

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

##### **Indicazione di priorità**

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

### **Priorità generali:**

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

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

- ✓ Individuare e scoraggiare / ridefinire pratiche obsolete.

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

- ✓ Aumentare la capacità delle ASL e dell'ARPA di operare in modo integrato tra di loro e con le altre istituzioni locali (ad es. IZS).
- ✓ Irrobustire nei servizi sanitari la metodologia del risk assessment e dell'health impact assessment per la componente sanitaria di supporto alla VIA e alla VAS.
- ✓ Irrobustire il sistema di comunicazione del rischio.

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

- ✓ Ridimensionare il tasso di ritualizzazione degli interventi ed elevare invece la capacità di cogliere i mutamenti e l'insorgere di nuovi rischi.
- ✓ Formazione degli operatori sulle nuove normative inerenti le apparecchiature estetiche di cui al DM 110/2011 e sui cosmetici di cui al nuovo Regolamento (CE) 1223/2009.

### **Soggetti coinvolti**

Regione, Provincie, Comuni, ARPA, IZS, CPO, Dipartimento di Prevenzione (tutti i servizi medici e veterinari), Università.

### **Obiettivo generale**

Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici.

Contenimento dei rischi derivanti dall'impatto ambientale degli insediamenti produttivi (emissioni, scarichi, rifiuti).

### **Obiettivi specifici**

- ✓ Migliorare la conoscenza dei rischi ambientali.
- ✓ Sorvegliare e porre sotto controllo i rischi per la salute derivanti da determinanti presenti negli ambienti di vita secondo priorità.
- ✓ Migliorare la gestione del sistema di allerta.
- ✓ Governo condiviso sanità/ambiente delle attività di prevenzione dai rischi correlati all'amianto.

## Azioni strategiche/risultati attesi

Alla luce delle priorità nel 2013 saranno proseguite alcune azioni già iniziate negli anni precedenti

<b>Azioni</b>	<b>Attività regionali</b> (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	<b>Attività ASL</b> (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
<p>Gestione delle informazioni e delle conoscenze sui profili di rischio della popolazione da inquinanti presenti nell'ambiente inclusi quelli inerenti i contaminati alimentari.</p> <p>Proseguimento nella costruzione di sistemi informativi ambientali e sanitari integrati</p>	<p>Messa a disposizione di mappe sui principali rischi ambientali e (es. diossine e PCB) in grado di orientare i controlli (ex progetto 2.7.2).</p> <p>Migrazione a un formato relazionale del database sui contaminanti cancerogeni di matrici alimentari</p>	<p>Orientamento degli interventi di sorveglianza, vigilanza e controllo alla luce dei sistemi informativi costruiti a livello regionale e delle mappe predisposte</p>
<p>Piano di attività di biomonitoraggio sugli animali o loro produzioni</p>	<p>Pianificazione dell'attività da svolgere nel 2013 e comunicazione ai soggetti interessati (Servizi veterinari coinvolti, IZS)</p>	<p>Identificazione delle aziende da controllare e svolgimento dell'attività di campionamento prevista.</p>
<p>Piano di attività di biomonitoraggio sulle matrici alimentari nelle aree a contaminazione nota</p>	<p>Pianificazione di campagna di monitoraggio (Val Susa e Vercellese) o in quelle inserite nel Piano SIN del Ministero della Salute</p>	<p>Per le ASL direttamente coinvolte realizzazione delle campagne di controllo indicate dal livello regionale</p>
<p>Sviluppo metodologico delle Valutazioni di Impatto sulla Salute (VIS) e di risk assessment in campo ambientale-sanitario</p>	<p>Diffusione delle procedure di valutazione integrata di impatto ambientale e sulla salute predisposte negli anni precedenti nell'ambito dei progetti specifici PRP e sostegno alla loro applicazione routinaria;</p>	<p>Utilizzo delle linee guida e delle procedure di valutazione nelle sedi previste a supporto delle istituzioni locali nelle commissioni/conferenze di servizio, tavoli di lavoro finalizzati al controllo dell'impatto ambiente-salute</p>
<p>Controllo rischi connessi con l'impiego di prodotti non sicuri, sostanze chimiche e agenti fisici in particolari ambiti della vita quotidiana</p>	<p>Proseguimento delle attività di governo, a livello regionale, per quanto riguarda REACH.</p> <p>Riordino del sistema RAPEX.</p> <p>Formazione</p>	<p>Predisposizione e realizzazione del programma annuale di vigilanza e controllo (es. produzione cosmetici, attività di cura del corpo, tatuaggio e piercing, ecc.).</p> <p>Individuazione dei referenti RAPEX di ASL e attuazione degli interventi in caso di allerta</p>
<p>Attuazione di quanto previsto dalle indicazioni regionali sul problema "Amianto"</p>	<p>Il Comitato di Direzione Amianto definirà indirizzi operativi per le ASL, l'ARPA e i cittadini in merito alle varie problematiche legate al rischio amianto (censimento, autorimozione, bonifica, gestione esposti, ecc.)</p>	<p>Recepimento e attuazione delle direttive provenienti dal livello regionale</p>
<p>Identificare, ristrutturare o eliminare le pratiche inefficaci o inappropriate</p>	<p>Predisposizione e diffusione alle ASL di indicazioni sulla rimodulazione di attività obsolete</p>	<p>Attuazione delle indicazioni regionali</p>

## ATTIVITA'

### **A livello regionale** (attività prioritarie):

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

### **A livello locale**

- ✓ Al fine di rispondere in modo più efficiente ad allerte relative alla presenza di rischio chimico/biologico verrà individuato un referente RAPEX all'interno del SISF con il compito anche di tenere gli opportuni collegamenti con gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione.
  - ✓ L'attività di vigilanza sul territorio verrà svolta, come di consueto, in base alle necessità derivanti dalle due fonti di segnalazione: quella conseguente a richiesta/segnalazione occasionale da parte di cittadini, enti, autorità e quella programmata dal Servizio. Per questo secondo ambito si prevede di incrementare il controllo su strutture che esercitano attività legate al benessere del corpo, con attenzione particolare al rischio Legionella.
  - ✓ Il SISF collabora alle attività di sorveglianza dell'inquinamento ambientale da Diossine condotta dal Servizio Veterinario e da ARPA nel territorio di Carisio. In particolare il Servizio Veterinario ha in programma l'individuazione dei siti di campionamento, con n° 10-11 prelievi di uova e latte.
- Il Servizio Veterinario svilupperà anche il Piano "cinghiali radioattivi", consistente nel prelievo di campioni in funzione dei capi abbattuti nell'area più a rischio e nelle restanti zone; esecuzione sia dei prelievi assegnati nel piano straordinario ARPA, sia nell'ambito di un progetto locale/regionale.
- ✓ Saranno sviluppati criteri per la valutazione anche sotto il profilo della normativa veterinaria per i SOA (Sottoprodotti Or. An.) impiegati nei biodigestori per produzione di energia verde.
  - ✓ SISF e Servizio Veterinario svilupperanno procedure integrate per la sorveglianza sui piccoli allevamenti animali, che rappresentano una frequente fonte di inconvenienti nei territori rurali.
  - ✓ Le attività di controllo su strutture, esercizi, stabilimenti soggetti a procedure autorizzative o di comunicazione previste da norme sanitarie saranno svolte regolarmente secondo gli standard previsti dalle indicazioni regionali e/o dalle procedure consolidate a livello territoriale. In particolare si prevede di sottoporre a controllo almeno 3 apparecchiature UV presso altrettanti "solarium", eseguire almeno 4 campionamenti di prodotti cosmetici, mentre i campionamenti di inchiostri per tatuaggi saranno eseguiti compatibilmente con la disponibilità dei quantitativi previsti.
  - ✓ La partecipazione a commissioni/conferenze di servizio, tavoli tecnici relativi a procedure autorizzative ambientali a supporto di Comuni o Provincia sarà assicurata in relazione alla valutazione della rilevanza della componente sanitaria presente nello specifico caso; indicativamente il SISF esaminerà i casi relativi a emissioni in atmosfera, AIA, IPPC.
  - ✓ Per quanto riguarda il rischio Amianto è già in atto la procedura prevista per la valutazione

del rischio legato alla presenza di coperture. Si prevede di proseguire il rapporto di collaborazione con ARPA per rispondere in modo efficace alle segnalazioni pervenute e dare le opportune indicazioni ai Comuni.

✓ Il personale parteciperà, secondo le rispettive mansioni e incarichi, ai corsi di formazione che verranno organizzati a livello regionale.

## **GRUPPO DI LAVORO**

**Gabriele Bagnasco** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Onesimo Vicari** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Francesco Cussotto** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Marco Montafia** – S.C. Servizio Veterinario Aree A-B-C

**Luisa Michela Olmo** – S.C. Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione

*Capitolo 7.*

**PREVENZIONE DEI RISCHI IN AMBIENTI DI LAVORO**



## **Cap. 7.      *Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro***

### **⇒ Prevenzione degli infortuni negli ambienti di lavoro**

#### **Scheda di Programma regionale 2.2.1.**

##### ***Razionale***

La serie storica del numero degli infortuni sul lavoro prosegue l'andamento decrescente. Nel 2011 sono stati denunciati circa 725 mila infortuni, con una riduzione del 6,6% rispetto al 2010.

Per il 2011 sono stati stimati 920 infortuni mortali con una diminuzione del 5,4% rispetto al dato definitivo del 2010 (già ridotto del 7,6% rispetto al 2009, quando gli infortuni furono 1.053).

La diminuzione del 5,4% subita dal numero totale degli infortuni mortali ha l'effettiva determinante nella componente "in strada": non può perciò consentire inferenze troppo tranquillizzanti sul miglioramento della sicurezza degli ambienti di lavoro.

È importante – per garantire giudizi appropriati e politiche efficaci –una precisazione ulteriore.

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

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

##### ***Indicazione di priorità***

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

La situazione epidemiologica Vercellese rispecchia quella Regionale.

##### ***Soggetti coinvolti***

- Lo S.Pre.S.A.L. collabora con: Procura di Vercelli, Procura di Biella, Procura di Novara, Prefettura di Vercelli, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Vigili del Fuoco, Direzione Territoriale del Lavoro, Provincia di Vercelli, Arpa di Vercelli e di Grugliasco.

- Il Servizio, al fine di una corretta e mirata procedura di vigilanza, programmazione delle attività, formazione e informazione, si relaziona con: testimonianze di lavoratori, RSPP, RLS, Datori di lavoro, Associazioni di Categoria, Medici Competenti, OO.SS., INAIL, INPS e gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione.

##### ***Obiettivo generale***

Ridurre la frequenza degli infortuni e la loro gravità.

##### ***Obiettivi specifici***

1. Azioni mirate di vigilanza nel settore edile e nelle aziende agricole.
2. Gestione tempestiva degli eventi infortunistici gravi e mortali in coordinamento con il sistema 118.

3. Attività di formazione, assistenza, promozione della salute in collaborazione con le parti sociali.

### **Azioni strategiche/risultati attesi**

1. Mantenimento degli standard di attività di inchiesta sugli infortuni, fin qui raggiunti.
2. Applicazione del protocollo di intervento concordato con la Procura Generale della Repubblica al fine di migliorare l'efficacia delle inchieste infortuni.
3. Utilizzo della scheda di rilevazione delle attività di vigilanza in edilizia.
4. Utilizzo della "scheda di sopralluogo aziende agricole".
5. Utilizzo sperimentale dell'applicativo "SPreSAL Web" relativo al sistema informativo regionale. Lo S.Pre.S.A.L. di Vercelli non fa parte del gruppo di utilizzo sperimentale dell'applicativo sopra citato.

### **ATTIVITA'**

#### **1. Assunzione del piano regionale edilizia 2013, con particolare riferimento alle azioni volte alla riduzione del fenomeno infortunistico.**

Nelle linee di sviluppo del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, il 2013 viene considerato come anno di consolidamento e di transizione verso un nuovo modello di prevenzione nei cantieri edili, che porterà al futuro Piano Nazionale, verosimilmente con programmazione temporale 2014-2018. Per l'anno 2013 la Regione conferma l'obiettivo di 2400 cantieri da ispezionare. La suddivisione dei cantieri fra le diverse ASL è stata effettuata secondo i criteri utilizzati a partire dall'anno 2009: popolazione residente, addetti in edilizia, infortuni permanenti e mortali, cantieri notificati, aventi tutti un peso del 10% e n° di UP G equivalenti con un peso del 60%. L'Attività di Vigilanza dovrà mantenere, anche per l'anno 2013, gli attuali standard qualitativi secondo quanto definito nel vigente Piano Regionale. A questo S.Pre.S.A.L. sono stati assegnati n°112 cantieri da controllare.

#### **2. Assunzione del piano regionale agricoltura 2013, con particolare riferimento alle azioni volte alla riduzione del fenomeno infortunistico.**

Sulla base dell'andamento infortunistico Regionale dell'ultimo periodo, che mostra un trend favorevole in termini di incidenza ma una stabilità del n° di infortuni mortali, è stata ridefinita la distribuzione dei controlli su 2 fasce di Aziende Agricole individuate in funzione della loro dimensione (fascia da 50-500 giornate di lavoro/anno e fascia con più di 500 giornate di lavoro/anno). Nella nostra ASL, ugualmente, si riscontra la già citata "stabilità" del n° di infortuni mortali pertanto per il 2013 è prevista una ripartizione dei controlli del 70% nelle imprese fino a 500 giornate di lavoro/anno e del 30% nelle imprese di dimensioni pari o superiori alle 500 giornate di lavoro/anno. Infatti si è riscontrato, a livello Regionale ma anche locale, la permanenza di fasce di refrattarietà o comunque meno orientate al miglioramento delle condizioni di sicurezza costituite da piccole imprese. Il Piano prevede inoltre che almeno il 5% del totale degli interventi sia rivolto al controllo sul commercio delle macchine e delle attrezzature. A questo S.Pre.S.A.L. sono state assegnate n°18 Aziende Agricole da controllare di cui 1 Azienda del Commercio, 10 Aziende inferiori a 500 giornate/anno e 7 Aziende superiori a 500 giornate/anno.

Proseguirà anche per quest'anno la partecipazione a Convegni riguardanti il settore e la diffusione di materiale informativo alle Associazioni di Categoria.

#### **3. Attività di Vigilanza**

Nell'anno 2012 la Regione Piemonte ha raggiunto l'obiettivo Nazionale che prevedeva un numero di interventi ispettivi che consentiva una copertura di almeno il 5% delle Unità Locali. Ugualmente per il 2013 gli S.Pre.S.A.L. tenderanno allo stesso obiettivo, calcolato sulla base delle PAT (Posizioni Assicurative Territoriali) presenti sul territorio di ciascuna ASL e del personale in servizio, entrambi con un peso del 50%. A questo S.pre.S.A.L. è stato assegnato

complessivamente il numero di 427 Aziende da controllare.

#### 4. Sicurezza degli Edifici Scolastici

Prosegue anche nel 2013, in accordo con la Procura di Vercelli, il Progetto di valutazione della sicurezza di tutti gli Edifici Scolastici del territorio.

#### 5. Regolamento REACH-CLP

Questo S.Pre.S.A.L. ha individuato il proprio Referente quale componente del team ispettivo.

#### 6. O.P.V.

Questo Servizio prosegue nella gestione degli Organismi Provinciali di Vigilanza.

#### 7. Infortuni mortali e gravissimi

Il Servizio prosegue, tramite il suo Referente, nell'invio dei casi in oggetto.

#### 8. Piani Amianto

Come ogni anno il Servizio valuta i Piani Amianto pervenuti (ca 300)

#### 9. Notifiche ex art. 67 D.L.vo 81/08 e Deroghe per l'utilizzo di locali interrati/seminterrati e di locali con altezza inferiore ai parametri stabiliti dalla normativa ex art. 65 D.L.vo 81/08.

Queste richieste che provengono dagli utenti vengono tutte valutate dal Servizio.

---

- La collaborazione con la Procura di Vercelli ha migliorato la gestione degli Infortuni su Lavoro e anche quella delle Malattie Professionali. Infatti, a partire da gennaio 2012, ogni denuncia di sospetta Malattia Professionale pervenuta al Servizio, dopo essere stata valutata dai Medici, viene anch'essa inviata in Procura per le considerazioni del caso. L'onere di questa attività, sostenuto da parte del Servizio, produce sicuramente una migliore qualità del lavoro.

- Il sempre maggior coinvolgimento del Servizio nel "Progetto Agricoltura" migliora certamente la gestione della sicurezza di questo comparto in considerazione della forte caratterizzazione agricola del nostro territorio.

- Il sistema informatico di registrazione/raccolta dati di nostra produzione continua a fornire un valido supporto.

## GRUPPO DI LAVORO

**Laura Fianza** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Silvia M.T. Durante** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Antonino Nebbia** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Flavio Bertone** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Mauro Ardizzone** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Alessandro Azzalin** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Luigia Calderaro** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Fabio Colombi** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Francesco Leone** - S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Renzo Colombo** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Laura Traversini** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Biagio De Sio** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Maria Moccia** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

## ⇒ Prevenzione delle malattie professionali

### Scheda di Programma regionale 2.2.2.

#### Razionale

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

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

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

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

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

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

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

### **Indicazione di priorità**

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

### **Soggetti coinvolti**

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

### **Obiettivo generale**

Ridurre la frequenza delle malattie professionali e la loro gravità.

### **Obiettivi specifici**

1. Emersione delle malattie professionali sottotificate e delle patologie emergenti.
2. Contrasto delle esposizioni causa di patologie lavoro correlate.

3. Implementazione dei flussi informativi attraverso il raccordo con gli osservatori regionali (tumori nasosinusal, mesoteliomi).

### **Azioni strategiche/risultati attesi**

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

### **ATTIVITA'**

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

- In merito alla "prevenzione del rischio da esposizione occupazionale a cancerogeni", il Servizio prosegue con l'implementazione di un archivio informatizzato dei registri dei cancerogeni per monitorare le aziende con tali rischi.

- Tutte le segnalazioni che pervengono dagli Osservatori Regionali in merito a tumori nasosinusal e mesoteliomi vengono indagate.

- Per quanto riguarda le patologie emergenti questo Servizio attuerà durante l'anno una verifica su 10 strutture Socio-Sanitarie in merito al rischio movimentazione manuale dei pazienti.

- Come di consueto anche quest'anno saranno svolti accertamenti sulle segnalazioni di sospetta Malattia Professionale pervenute al Servizio con successivo invio delle relazioni conclusive alle Procure Competenti in accordo con le procedure stabilite.

### **GRUPPO DI LAVORO**

**Laura Fianza** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Silvia M.T. Durante** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Antonino Nebbia** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Flavio Bertone** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Mauro Ardizzone** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Alessandro Azzalin** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Luigia Calderaro** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Fabio Colombi** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Francesco Leone** - S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Renzo Colombo** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Laura Traversini** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Biagio De Sio** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Maria Moccia** – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro



***Capitolo 8.***

**PREVENZIONE EVENTI INFORTUNISTICI IN AMBITO DOMESTICO**



## **Cap. 8.        *Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico***

### **Prevenzione degli incidenti domestici**

#### **Scheda di Programma regionale 2.3.1.**

##### ***Razionale***

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

##### ***Indicazione di priorità***

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

##### ***Soggetti coinvolti***

Centro Regionale di riferimento presso ASL TO1, Dipartimento di Prevenzione, S.S.v.D. Gestione Consultori, Pediatri di Libera Scelta, Scuole dell'Infanzia, RePES-Promozione della Salute.

##### ***Obiettivo generale***

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

##### ***Obiettivi specifici***

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

## **Azioni strategiche/risultati attesi**

### **1. Monitoraggio**

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

### **2. Formazione**

Attivare incontri con insegnanti

### **3. Informazione**

Individuare le occasioni opportune in cui distribuire materiale, rafforzare i contatti con gli operatori e i PLS anche con periodici messaggi di posta elettronica.

### **4. Questionario auto compilato**

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

## **ATTIVITA'**

### **Formazione**

Implementazione del progetto "Affy- Fiutapericoli" – progetto CCM, rivolto ai bambini frequentanti le scuole dell'infanzia. In continuità con l'attività sviluppata nel corso del 2012, si intende contattare le scuole che hanno aderito al progetto e organizzare incontri di monitoraggio sull'attività svolta nell'A.S. 2012/13 con i docenti formati nel 2012, a cui è stato distribuito il kit del progetto.

Rilevazione dell'attività attraverso la scheda di monitoraggio predisposta dall'ASL TO1.

Consegna di ulteriori altri Kit di attività se richiesti.

Analisi dei risultati dell'attività 2012/13 con i componenti del gruppo di lavoro.

All'avvio del nuovo A.S. 2013/14, invio di una comunicazione alle scuole d'infanzia del territorio allo scopo di sostenere l'utilizzo del kit e la continuazione delle attività connesse al progetto Affy-Fiutapericoli.

Infine si prevede di organizzare, se richiesto dalle insegnanti, un incontro di aggiornamento/formazione

### **Informazione**

Distribuzione dei materiali informativi attraverso la rete di operatori dei Servizi territoriali coinvolti (rilascio dell'Agenda della gravidanza e dell'Agenda del neonato, esposizione della checklist nei corsi di preparazione al parto espletati presso i Consultori). (Progetto Genitori più – Vedi Cap. 2 "Stili di vita" Scheda di programma regionale 2.9.2..)

Divulgazione fra gli operatori coinvolti nell'obiettivo del report "La SICUREZZA DOMESTICA nel Territorio dell'ASL "VC" di Vercelli Analisi dei dati della Sorveglianza PASSI Anni 2008-2011"- Gennaio 2013.

### **Elaborazione e sperimentazione del questionario auto compilato**

Partecipazione alle riunioni di aggiornamento del gruppo regionale e dei referenti aziendali del progetto di prevenzione e sorveglianza degli incidenti domestici.

## **GRUPPO DI LAVORO**

**Onesimo Vicari** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica -Referente aziendale Incidenti domestici

**Gabriele Bagnasco** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Virginia Silano** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica- S.S. Coordinamento attività vaccinali e profilassi malattie infettive.

**Raffaella Scaccioni** - RePES aziendale – S.C. Psicologia

**Antonella Barale** – S.S. Epidemiologia - S.S.d. UVOS

**Francesco Cussotto** – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Alberto Russo** - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

**Capitolo 9.**

**PREVENZIONE INCIDENTI STRADALI**

## **Cap. 9.        *Prevenzione incidenti stradali***

### **⇒ Prevenzione incidenti stradali**

#### **Scheda di Programma regionale 2.1.1.**

##### ***Razionale***

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

##### ***Indicazione di priorità***

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

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

##### ***Soggetti coinvolti***

***Per le attività di promozione di comportamenti di guida responsabile:*** DoRS (Centro regionale di documentazione in prevenzione della salute), Operatori sanitari ASL (Dipartimento di Prevenzione, Referenti per la Promozione della Salute, Referenti Epidemiologia, Medicina legale, Dipartimento di Patologia delle Dipendenze, Servizio di Psicologia, Servizio Sociale aziendale, ecc.); Reti Locali e agenzie del terzo settore e Associazioni di Volontariato presenti sul territorio; EE.LL. (Comuni e Province); Associazioni di categoria (gestori di locali pubblici, ecc.); Agenzie di comunicazione.

***Per gli interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive alla guida dei veicoli:*** ASL "VC" (Medicina Legale, Dipartimento di Patologie delle Dipendenze); Prefettura di Vercelli.

***Per le attività di documentazione e disseminazione:*** DoRS; ASL "VC"

## **Obiettivo generale**

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

## **Obiettivi specifici**

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

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

### **2. Promozione di comportamenti di guida responsabile**

a) Migliorare le conoscenze sui corretti comportamenti alla guida nei giovani e negli adulti attraverso interventi informativi, formativi e educativi realizzati dai moltiplicatori nei contesti educativi (per le asl che attivano interventi nelle scuole, autoscuole etc).

b) Modificare l'atteggiamento di guida in stato di ebbrezza a seguito degli interventi realizzati dai moltiplicatori nei contesti del divertimento (per le asl che attivano interventi nel contesto del divertimento).

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

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

### **4. Attività di documentazione e disseminazione**

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

## **Azioni strategiche/risultati attesi**

### **Sviluppo del sistema di sorveglianza integrato e di modelli revisionali** (Centro Regionale di Riferimento)

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

**1.b** Produzione di modelli previsionali.

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

### **Promozione di comportamenti di guida responsabile** (in almeno 6 ASL sul territorio regionale)

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

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

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

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

**Attività di documentazione e disseminazione** (Centro Regionale di Riferimento)

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

Individuazione e valorizzazione di progetti tematici considerati Buona pratica.

## **ATTIVITA'**

### **1) Promozione di comportamenti di guida responsabile**

#### **Interventi da realizzarsi a cura dei moltiplicatori nei contesti del divertimento:**

- contatto e coinvolgimento degli organizzatori di feste e sagre (pro-loco, associazioni, enti locali, gestori locali del divertimento);
- contatto e coinvolgimento dei moltiplicatori dell'azione preventiva (C.R.I. Di Vercelli);
- interventi nei contesti del divertimento con: postazione operatori asl e moltiplicatori dell'azione preventiva; contatto con soggetti all'interno dei locali/sagre...; somministrazione questionario anonimo con alcuni dati anagrafici per identificazione tramite data base collegato a go-card; previsione e considerazioni circa il proprio consumo di alcol; misurazione tasso alcolico mediante l'utilizzo di alcoltest; verifica sulle intenzioni di guida dati i risultati ottenuti.

#### **Corretto utilizzo di dispositivi di protezione individuale (uso di cinture e seggiolini per bambini:**

- collaborazione con ACI per la sensibilizzazione dei neo-genitori all'uso dei seggiolini.

### **2) Interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive**

- attività di verifica dei requisiti psico-fisici per l'idoneità psico-fisica alla guida di veicoli e natanti;
- raccolta ed elaborazione dati sull'attività della Commissione Medica Locali;
- proseguimento del progetto "COSI' LA PENSANO TUTTI": intervento di prevenzione secondaria rivolto a soggetti già fermati per il possesso di sostanze psico-attive e quindi segnalati per violazione amministrativa dalla Prefettura. A questi soggetti viene proposto un percorso educativo- informativo, che consiste in una serie di incontri di gruppo, volti alla sensibilizzazione e all'aumento della consapevolezza dei comportamenti a rischio. Tale iniziativa risponde a uno specifico protocollo di intesa stipulato nel 2009 con la Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Vercelli, che regola la procedura di invio dei soggetti al percorso educativo predisposto dal Dipartimento Patologie delle Dipendenze nei distretti della Valsesia e di Vercelli.

### **3) Attività di documentazione e disseminazione**

- diffusione del report "La SICUREZZA STRADALE nel territorio dell'ASL "VC" di Vercelli - Analisi dei dati della Sorveglianza PASSI Anni 2008-2011 tra gli operatori sanitari coinvolti nel Progetto "Promozione di comportamenti di guida responsabile";
- diffusione del report "La SICUREZZA STRADALE nel territorio dell'ASL "VC" di Vercelli - Analisi dei dati della Sorveglianza PASSI Anni 2008-2011 tra i soggetti della Rete locale coinvolti nelle attività di promozione di guida responsabile;
- produzione/diffusione di materiale informativo inerente la prevenzione degli incidenti stradali; realizzazione di comunicati stampa che pubblicizzano gli interventi di promozione di comportamenti di guida responsabile.

## GRUPPO DI LAVORO

**Cristina Parvis** - Dipartimento Patologie delle Dipendenze – S.C. Psicologia Borgosesia

**Donatella De Lillo** – Dipartimento Patologie delle Dipendenze

**Raffaella Scaccioni** - RePES aziendale Area Promozione salute ed educazione sanitaria; S.C. Psicologia

**Antonella Barale** – S.S. Epidemiologia

**Caterina Mirengi** – Dipartimento Patologie delle Dipendenze

**Vincenzo Amenta** – Dipartimento Patologie delle Dipendenze

**Paola Gariboldi** – Dipartimento Patologie delle Dipendenze

**Stefania Buttiero** – Dipartimento Patologie delle Dipendenze

**Raffaella Favini** – Dipartimento Patologie delle Dipendenze

**Signorella Nicosia** – Dipartimento Patologie delle Dipendenze–Servizio Sociale Aziendale Vercelli

**Sabrina Costa** – Dipartimento Patologie delle Dipendenze–Servizio Sociale Aziendale Borgosesia

**Silvana Strobino**– Dipartimento Patologie delle Dipendenze - Servizio Sociale Aziendale Borgosesia

**Paolo Bertone** – S.C. Medicina Legale – Dipartimento di Prevenzione

**Nadia Giordano** – S.S.v.D. Consultorio Familiare

**Silvia Bonardi** – S.S.v.D. Consultorio Familiare





*Capitolo 10.*

**TUMORI E SCREENING**

## **Cap. 10. Tumori e Screening**

⇒ **Screening oncologici. raggiungimento e mantenimento degli standard di invito e attuazione dei piani di riconversione**

### **Scheda di Programma regionale 3.1.1.**

#### **Razionale**

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

#### **Indicazione di priorità**

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

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

#### **Soggetti coinvolti**

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

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

#### **Obiettivo generale**

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

### Obiettivi specifici

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

### Azioni strategiche/risultati attesi

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

### ATTIVITA'

L'ASL "VC" opera in ottemperanza alla DGR n. 111-3632 del 02.08.2006 e alla successiva Circolare n. 6368 del 22.02.1010, in tema di prestazioni finalizzate alla prevenzione dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto nell'ambito del "Programma Regionale di screening", denominato "Prevenzione Serena". L'ASL "VC" insieme all'ASL "BI" costituisce il Dipartimento interaziendale di prevenzione secondaria dei tumori n. 5, la cui direzione ha sede a Biella mentre la struttura organizzativa SSvD UVOS ha sede a Vercelli.

Nell'ASL "VC" i programmi di screening sono stati attivati in tempi diversi: lo screening cervicale è attivo a partire dall'anno 2000, lo screening mammografico dal 2003 e lo screening per il tumore del colon-retto dal 2005.

L'ASL "VC", secondo quanto previsto dalla DGR 111-3632 del 2.8.2006, ha consolidato le modalità di erogazione dei test di screening in particolare mammografico e citologico attraverso

un progetto di riorganizzazione finalizzato al superamento della inappropriata prescrizione ed alla riconduzione di tutti gli esami preventivi che vengono erogati attraverso i canali della clinica ambulatoriale, nei percorsi dello screening organizzato, con i criteri e la periodicità previsti.

Tale progetto di riorganizzazione delle modalità di erogazione dei test di screening mammografico e citologico ha consentito l'estensione capillare dei programmi su tutto il territorio dell'ASL "VC".

L'erogazione delle prestazioni, secondo i protocolli previsti per i tre programmi istituzionali, nell'ASL "VC" avviene attraverso strutture fisse e mobili di 1° livello, centri di refertazione e centri di 2° livello.

Per l'anno 2013 la popolazione del Dipartimento n° 5 è così suddivisa:

- **screening mammografico**, donne 45-75 anni: totale 75.904;
- il protocollo prevede l'invito attivo biennale tra 50 e 69 anni a 47.836 donne (e l'invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione) e l'adesione spontanea tra 45 e 49 e tra 70 e 75 (complessivamente 28.068 donne);
- **screening per il carcinoma cervicovaginale**, donne 25-64 anni (invito attivo triennale): 94.440
- **screening sigmoidoscopico per il carcinoma colo rettale**, donne e uomini a compimento del 58° anno: per un totale di n. 4.607.
- **screening FOBT (sangue occulto nelle feci) per il carcinoma colo rettale**, donne e uomini di 59-69 non invitati nel programma con sigmoidoscopia fino ad esaurimento della coorte in ciascun dipartimento n. 49.114 (invito attivo ogni due anni)

Nell'ASL VC, l'erogazione delle prestazioni, secondo i protocolli previsti per i programmi istituzionali di screening dei tumori della cervice uterina e della mammella, e del colon retto, avviene attraverso strutture fisse e mobili di 1° livello, centri di refertazione e centri di 2° livello.

Il personale in parte è dipendente dell'ASL ed in parte dipendente del Fondo Edo ed Elvo Tempia la cui collaborazione è formalizzata con la stipula di una convenzione annuale.

A seguire una sintesi delle principali azioni e attività che verranno effettuate nell'ASL VC nell'ambito del Dipartimento Interaziendale di prevenzione secondaria dei tumori n. 5 suddivise nei tre screening.

## **1.PROGRAMMA MX**

- screening mammografico, donne 45-75 anni: totale 25.875
- Il protocollo prevede l'invito attivo biennale tra 50 e 69 anni a 23.728 donne (e l'invito attivo annuale tra 45 e 49 dopo la prima adesione) e l'adesione spontanea tra 45 e 49 e tra 70 e 75 (complessivamente 14.011 donne);

Per quest'anno si ritiene di poter invitare la quasi totalità delle donne tra i 50 e i 69 anni (11.864) e inviare la lettera informativa a tutte le donne di 45 aa (1.434).

Fino al 30 giugno, come gli anni scorsi, le mammografie saranno eseguite nella sede fissa dell'Ospedale di Vercelli, dove continua il progetto Proteus con modalità digitale, e nelle due sedi mobili che si spostano sul restante territorio dell'ASL con modalità analogica. Questa attività viene svolta da tecnici di radiologia dipendenti dal Fondo Edo ed Elvo Tempia sulle unità mobili. La SSvD UVOS, in base alla popolazione invitabile per zona statistica, organizza le agende e le procedure d'invito. Dal 1 luglio si cesserà di usare i mezzi mobili e le donne verranno indirizzate, oltre che all'Ospedale di Vercelli, alle tre sedi fisse dell'ASL di Borgosesia, Santhià e Gattinara, sempre con TSRM del Fondo, con un miglioramento sia della qualità, tutte mammografie digitali, che del confort alberghiero.

Tutta la lettura, in doppio, è centralizzata presso la SC Radiologia di VC ed è eseguita da due Radiologi dipendenti dal Fondo Edo ed Elvo Tempia.

La SSvD UVOS contribuisce all'archiviazione delle mammografie e relativa documentazione cartacea e al rilascio di copie delle lastre o dei cd.

L'invito al 2° livello, presso la sede di Vercelli, viene effettuato telefonicamente da personale dipendente SSD UVOS. Le sedute, settimanali, sono dedicate e vedono la presenza contemporanea del radiologo, del patologo e del chirurgo.

L'SSD UVOS contribuisce alla tenuta dell'archivio, effettua le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti, dove indicati, ed invia informazioni sull'iter da seguire all'interessata ed al suo medico, nel caso di mancata adesione.

## **2. PROGRAMMA CERVICO VAGINALE**

- screening per il carcinoma cervicovaginale, donne 25-64 anni (invito attivo triennale): n. 47.347:3 = 15.782

Anche per questo screening l'attività di prelievo dall'inizio dell'anno verrà effettuato, come per gli anni scorsi, per la maggior parte su un mezzo mobile e tre sedi fisse. Da dopo l'estate ci si augura di poter ampliare il numero di sedi fisse consultoriali da utilizzare per poter offrire alle donne un maggior confort e la possibilità di accedere alla sede durante tutto l'anno.

La SSvD UVOS, in base alla popolazione invitabile per zona statistica organizza le agende e le procedure d'invito. Il personale ostetrico è in parte dipendente dall'ASL ed in parte dipendente dal Fondo Edo Tempia.

Presso l'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Vercelli vi è l'unico centro di lettura per tutta l'ASL che si avvale del supporto di un citolettore dipendente dal Fondo Edo Tempia.

La SSvD UVOS cura, presso la propria sede, l'archivio cartaceo e l'inserimento nell'applicativo di parte dei referti.

Il secondo livello viene effettuato presso le due sedi di Vercelli e Borgosesia negli ambulatori di colposcopia delle due SC di Ginecologia.

La SSvD UVOS organizza le agende e le procedure d'invito sia tramite applicativo che telefonicamente per garantire la completa saturazione delle agende e la corretta modulazione tra il 2° livello e raccomandazioni conclusive. Inserisce i dati prodotti su cartaceo dai due centri, nell'applicativo CSI. Detiene e gestisce presso la propria sede, tutto l'archivio cartaceo. Effettua le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti dove indicati ed invia informazioni sull'iter da seguire, all'interessata ed al suo medico, nel caso di mancata adesione.

Le sedute settimanali dei due centri di 2° livello sono interamente dedicate all'attività di screening. Il personale coinvolto è dipendente dell'ASL.

## **3. PROGRAMMA COLON RETTALE:**

### **SIGMOIDOSCOPIA**

- screening sigmoidoscopico per il carcinoma colo rettale, donne e uomini a compimento del 58° anno: per un totale di n. 2.316.

L'attività verrà espletata, come per gli anni precedenti, presso le due sedi fisse di Gastroenterologia dell'Ospedale Riunito Vercelli-Borgosesia. Le procedure d'invito sono gestite dall'UVOS sulla disponibilità di agenda dell'Endoscopia. Per questo test ci si avvale della collaborazione delle farmacie territoriali per la distribuzione del materiale per la preparazione ed informativo. Le sedute settimanali, interamente dedicate sono effettuate dal personale dipendente dell'ASL.

Qualora durante l'esecuzione della SF si abbia l'indicazione alla colonscopia (CT), la persona interessata viene indirizzata all'UVOS per ritirare la preparazione e confermare l'appuntamento in agenda. L'UVOS inoltre inserisce i referti cartacei nell'applicativo del CSI. Effettua le procedure di

controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti dove indicati ed invia informazioni sull'iter da seguire, all'interessata ed al suo medico, nel caso di mancata adesione.

Le sedute di 2° livello sono interamente dedicate a ll'attività di screening. Anche qui il personale coinvolto è dipendente dell'ASL.

Alle persone che non aderiscono all'invito alla sigmoidoscopia viene offerta la possibilità di optare per lo screening con il FOBT (sangue occulto nelle feci).

## **FOBT**

- screening FOBT (sangue occulto nelle feci - invito attivo biennale )per il carcinoma colo rettale, donne e uomini di 59-69 non invitati nel programma con sigmoidoscopia fino ad esaurimento della coorte in ciascun dipartimento. )

ASL DI VERCELLI n. 24.085:2= 12.042

La SSvD UVOS effettua le procedure d'invito, si avvale della collaborazione delle farmacie territoriali per la distribuzione del materiale informativo e della provetta per la raccolta del campione, organizza il ritiro quotidiano dei campioni dai punti di raccolta periferici all'Ospedale di VC per la loro conservazione in frigorifero e l'invio settimanale al Centro di lettura.

L'invito al 2° livello per l'effettuazione della colonscopia in caso di FOBT positivo viene effettuato telefonicamente da personale della SSvD UVOS che conferma gli appuntamenti in agenda. Fornisce inoltre il materiale per la preparazione e tutte le informazioni necessarie, inserisce i referti cartacei nell'applicativo del CSI. Effettua le procedure di controllo sull'avvenuta esecuzione degli approfondimenti dove indicati ed invia informazioni sull'iter da seguire, all'interessato ed al suo medico, nel caso di mancata adesione. Le sedute di 2° livello, che si svolgono presso la SC di Gastroenterologia di Vercelli e la SS di Borgosesia sono interamente dedicate all'attività di screening. Il personale coinvolto è dipendente dell'ASL.

## **GRUPPO DI LAVORO**

**Fiorella Germinetti** – S.C. AST – S.S.D. UVOS

**Emanuela Pastorelli** – S.C. Direzione Medica di Presidio

**Paola Migliora** – S.C. Anatomia e Istologia Patologica (incarico conclusosi il 30.04.2012)

**Silvia Uffredi** – S.C. Radiologia Vercelli

**Nicoletta Vendola** – S.C. Ginecologia ed ostetricia Vercelli

**Enrico Negrone** - S.C. Ginecologia ed ostetricia Borgosesia

**Marcello Rodi** – S.C. Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Vercelli

**Ferruccio Rossi** - S.S. Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Borgosesia

**Massimiliano Panella** - Distretto Vercelli

**Gennarina Rista** - Distretto Valsesia

**Elisabetta Repetto** – S.S.D. Gestione Consultori

**Francesca Gallone** – S.S. Attività Ambulatoriale - S.C. AST

## ⇒ **Registro Tumori Piemonte: estensione della copertura di registrazione all'intero territorio regionale con disegno progressivo**

### **Scheda di Programma regionale 3.1.3.**

#### **Razionale**

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

#### *Ragioni di merito*

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

#### *Ragioni di fattibilità*

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

Inoltre, la Regione Piemonte ha approvato la L.R. n. 4 dell' 11/02/2012 che ha istituito i Registri di Patologia: tra questi, il Registro Tumori, peraltro già operativo da molti anni sulla base di precedenti dettati nell'ambito del CPO, che ai sensi della DGR 21.05.2013 n. 20-5817 è riconosciuto avere la piena titolarità dei dati.

#### **Indicazione di priorità**

Il progetto è progressivo, ed articolato nei seguenti passi

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

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

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



## **Soggetti coinvolti**

*Livello centrale:* Gli attori coinvolti in tale processo sono principalmente rappresentati, oltre che dalla Regione Piemonte, dal CPO Piemonte, sia come funzione di coordinamento generale esercitata dal Registro Tumori Piemonte, sia come responsabilità tecnico-scientifica espletata da parte dall'articolazione Registro Tumori Piemonte - Provincia di Biella.

*Livello aziendale, professionisti appartenenti a:* SS Epidemiologia-S.S.d. UVOS, S.C. SISP, Direzione Sanitaria medica di Presidio Ospedaliero integrato ASL VC, SC Sistemi Informativi, S.C. Anatomia Patologica, S.C. Laboratorio Analisi, S.C. Oncologia, S.S. Onco-ematologia, S.C. Radiologia.

▪ *Livello extra-aziendale, professionisti appartenenti a:* SS Epidemiologia ASL BI, Fondazione Cassa di Risparmio di Vercelli, Fondazione Edo ed Elvo Tempia, Aziende Ospedaliere del territorio regionale ed extraregionale, Registri delle Cause di Morte dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL piemontesi, Enti Locali: Comuni appartenenti alla Provincia di Vercelli e relativi Uffici Anagrafici.

## **Obiettivo generale**

Produzione degli indicatori di frequenza tumorale per l'intera regione Piemonte.

## **Obiettivi specifici**

Produzione di un triennio di incidenza tumorale nella Provincia di Vercelli (2007-2009).

Produzione di un archivio di prevalenza nella Provincia di Torino e registrazione del primo anno di incidenza.

Produzione delle stime di indicatori di impatto al 2014 per l'intera regione.

## **Azioni strategiche/risultati attesi**

Con DGR 21.05.2013 n. 20-5817 la Regione Piemonte ha attribuito la titolarità dei dati del registro tumori al CPO Piemonte e ciò al fine di prevenire eventuali opposizioni alla messa a disposizione delle fonti di dati.

A livello locale le azioni strategiche sono rivolte all'ampliamento delle fonti informative disponibili per migliorare gli standard qualitativi di registrazione ed alla loro organizzazione strutturata in maniera tale da automatizzare per quanto possibile le fasi di data entry. In particolare l'attenzione è rivolta all'acquisizione di tracciati anagrafici forniti dai Comuni aggiornati al 31.12.2012 e completi delle variazioni intervenute in precedenza (immigrazioni, emigrazioni, residenze all'estero, mortalità), fondamentali per l'automazione del data entry, per quella del follow-up e per la verifica dei requisiti di inclusione nella casistica incidente.

Infine è fondamentale predisporre i passi necessari per stabilizzare le attività di registrazione e per garantirne la prosecuzione oltre il triennio 2007-2009, requisiti fondamentali per superare le procedure di accreditamento previste dal network italiano e concludere la fase di sperimentazione con la messa a regime dell'attività come previsto dal "Progetto di estensione del Registro Tumori Piemonte dalla Provincia di Biella alla Provincia di Vercelli".

## **ATTIVITA'**

### ***Prosecuzione dell'attività di rilevazione e registrazione dei dati di Incidenza tumorale relativamente agli anni 2008 e 2009:***

- Acquisizione, consultazione e analisi cartelle di ricovero da Presidi ospedalieri intra ed extra ASL/Regione;
- Accesso, consultazione e analisi referti di Anatomia patologica da Presidi ospedalieri intra ed extra ASL;
- Accesso e consultazione esami radiodiagnostici, ambulatoriali e laboratoristica;
- Accesso e consultazione dati di Oncologia, Radioterapia, Cure palliative;
- Registrazione dei casi incidenti nel datawarehouse ad hoc e implementazione dell'archivio di prevalenza
- Controllo di qualità dei dati finali secondo i programmi di Check nazionali ed internazionali;
- Aggiornamento del Follow-up di esistenza in vita e causa della morte;
- Prosecuzione dell'attività formativa del personale dedicato all'attività del Registro con partecipazione ad eventi organizzati, con valenza nazionale, dall'AIRTUM e dall'AIE

### ***Prosecuzione dell'attività di rilevazione e registrazione dei dati di Mortalità:***

- Consultazione e codifica dati di mortalità ASL VC, estesa alla Provincia;
- Aggiornamento del nuovo datawarehouse per la raccolta dei dati di mortalità;
- Integrazione del database esistente (2003-2010) con i decessi 2011-2012 e con i decessi mancanti (residenti in Comuni della Provincia non appartenenti all'ASL VC, ecc.);
- Messa a regime controllo completezza anche con l'ausilio dei tracciati messi a disposizione dalle anagrafi comunali.

## **GRUPPO DI LAVORO**

**Fiorella Germinetti** – S.S. d. UVOS ASLVC

**Adriano Giacomini** – S.S. Epidemiologia Registro Tumori ASLBI

**Monica Fedele** – S.S. Epidemiologia - S.S.d. UVOS

**Antonella Barale** – S.S. Epidemiologia - S.S.d. UVOS

**Loredana Vineis** - Fondazione Edo ed Elvo Tempia.



**Capitolo 11.**

**DIABETE**

## Cap. 11. DIABETE

⇒ Implementazione e monitoraggio del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del Diabete nell'ambito del PDTA Diabete mellito definito a livello regionale

### Scheda di Programma regionale 3.3.1.

#### Razionale

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

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

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

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

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

diabetologia. Tale integrazione è finalizzata a rendere disponibili in un unico ambiente condiviso tutti i dati relativi alla gestione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente affetto da diabete di tipo 2.

Il progetto necessita di una adeguata azione di monitoraggio tramite indicatori di processo ed esito della GID: quindi si valuterà se la gestione del paziente diabetico è in accordo con gli Standard di Cura del diabete (glicemia, pressione arteriosa, lipemia, proteinuria e funzionalità renale, peso corporeo, lesioni ai piedi) e se a lungo termine si potrà registrare una riduzione di incidenza delle complicanze micro e macrovascolari.

In parallelo, deve necessariamente essere avviato anche il monitoraggio dell'attività diabetologica erogata dalla rete dei servizi regionali, al fine di garantire l'appropriatezza dell'inserimento dei diabetici in gestione integrata su tutto il territorio regionale, nonché il superamento di eventuali disuguaglianze regionali nei percorsi assistenziali e di cura. L'articolazione territoriale dei servizi di diabetologia, attivi in tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, ammonta complessivamente a 65 centri ambulatoriali diffusi in tutto il Piemonte (sedi centrali ospedaliere e ambulatori territoriali). La disponibilità nella Regione Piemonte di sistemi informativi correnti, di una consolidata esperienza epidemiologica nell' utilizzo e nell'analisi dei dati rappresentano punti di forza del presente progetto, che, se realizzato pienamente, potrebbe rappresentare un esperimento pilota applicabile poi ad altre realtà regionali e ad altre malattie croniche.

### **Indicazione di priorità**

- Implementazione del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete.
- Monitoraggio dell'attività diabetologica erogata dalla rete dei servizi regionali.
- Integrazione di dati dei flussi informativi della Regione Piemonte.

### **Soggetti coinvolti**

S.C. di Endocrinologia e Diabetologia dell'ASL VC (che comprende la sede centrale di Vercelli, la sede ospedaliera di Borgosesia e gli ambulatori di Santhià, Gattinara, Alice Castello e Varallo Sesia), Distretti di Vercelli e della Valsesia, MMG, CSI-Piemonte.

Nell'ASL VC è stato istituito un Comitato Diabetologico Aziendale di supporto

### **Obiettivo generale**

Riduzione delle complicanze micro e macroangiopatiche dei Pazienti diabetici (infarto, ictus, retinopatia laser-trattata, amputazione arti inferiori, dialisi).

### **Obiettivi specifici**

- Implementazione del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete.
- Integrazione di dati dei flussi informativi della Regione Piemonte.
- Favorire i processi di programmazione sanitaria tramite la conoscenza dei costi diretti delle diverse modalità di assistenza diabetologica erogate sul territorio regionale.

### **Azioni strategiche/risultati attesi**

- Miglioramento degli indicatori di processo e di esito dei MMG aderenti alla gestione integrata;
- Miglioramento degli indicatori di processo e di esito delle singole strutture diabetologiche;

- Miglioramento dei percorsi assistenziali rivolti ai diabetici, con superamento di eventuali disuguaglianze nell'accesso ai servizi sul territorio regionale.

## ATTIVITA'

La gestione integrata è sicuramente appropriata per prevenire l'insorgenza delle complicanze del diabete mellito grazie ad una diagnosi precoce, con la richiesta di esami mirati, evitando accertamenti superflui e con una razionale collaborazione fra i Servizi di Diabetologia ed i MMG. Non abbiamo al momento i parametri che ci consentano di valutare la riduzione dei costi delle prestazioni erogate e il confronto della frequenza dell'ospedalizzazione nei Pazienti diabetici in gestione integrata verso i diabetici in gestione standard. Tali dati si potranno estrapolare dalla cartella diabetologica informatizzata quando sarà utilizzata da tutti i soggetti coinvolti.

- La cartella diabetologica informatizzata Myster Connect è già in uso presso la S.C. di Endocrinologia e Diabetologia di Vercelli e di Borgosesia compreso il collegamento con il Laboratorio Analisi di dell'ASL VC per il trasferimento degli esami ematochimici. E' in fase di realizzazione l'integrazione tra il portale regionale GID, già accessibile da parte di tutti i MMG del distretto di Vercelli e della Valsesia, e la cartella Myster Connect.

- L'implementazione del modello assistenziale fondato sulla gestione integrata del diabete si potrà valutare a partire dall'avvio dell'utilizzo della cartella informatizzata Myster Connect negli ambulatori di diabetologia e dalla indicazione al passaggio dei MMG alla gestione integrata del diabete. La richiesta degli accertamenti per lo studio delle complicanze croniche del diabete mellito è in aumento. Attraverso il portale regionale GID per il percorso diabete si potrà verificare la prosecuzione dell'attività in regime di gestione integrata dei MMG iscritti al portale.

- Per il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito dei MMG aderenti alla gestione integrata si rileveranno i dati dal portale regionale GID.

- Con il passaggio a regime della gestione integrata del diabete, tutti i MMG dell'ASL VC, in quanto iscritti, hanno l'impegno di arruolare almeno un paziente. Si potrà verificare il costante aggiornamento dei Pazienti arruolati dal portale regionale GID.

- Presso le sedi della S.C. di Endocrinologia e Diabetologia dell'ASL VC i Pazienti afferenti vengono sottoposti agli accertamenti clinici per la diagnosi e la cura delle complicanze della malattia diabetica secondo quanto previsto dai LEAD (Livelli Essenziali di Assistenza Diabetologica) e dalle linee guida SID-AMD (Standard di Cura del diabete 2009- 2010). L'equipe diabetologica opera con la collaborazione delle strutture dell'ASL VC coinvolte nello studio e nella cura delle complicanze croniche del diabete (Oculistica, Nefrologia, Neurologia, Chirurgia, Cardiologia).

- Nell'ASL VC il case management è svolto dal personale dei Servizi di Diabetologia. Dal momento dell'accoglienza fino ai successivi accessi, il personale infermieristico nel ruolo di care giver valuta le condizioni del paziente e le eventuali criticità (quali livello culturale, condizioni economiche, etnia e altro), al fine di superare le possibili difficoltà. Si coinvolgono i familiari del paziente nei casi ove ritenuto necessario e si adeguano alle caratteristiche etniche e culturali del paziente le istruzioni sull'educazione alimentare e lo stile di vita.

- Non appena sarà a regime l'uso della cartella informatizzata si potranno evincere gli indicatori richiesti sull'attività della S.C. di Endocrinologia e Diabetologia inerenti allo studio, alla diagnosi ed alla cura ed evoluzione delle complicanze croniche del diabete secondo i LEAD.

- La S.C. di Endocrinologia e Diabetologia dell'ASL VC aggiorna in tempo reale il RRD (Registro Regionale Diabetici) del CSI Piemonte sia per i primi accessi, che per i controlli e la compilazione dei piani terapeutici in tutti i suoi punti di erogazione dell'assistenza diabetologica.

## **GRUPPO DI LAVORO**

**Federico BALDI** - S.C. Endocrinologia e Diabetologia ASL VERCELLI

**Nicoletta PINNA** - S.S. Diabetologia Borgosesia e Gattinara

**Massimiliano PANELLA** – Distretto di Vercelli

**Gennarina RISTA** – Distretto della Valsesia

**Simona CAPRA** – S.C. Sistemi Informativi





**A.S.L. VC**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli*

**S.S.d. UVOS**

**S.S. Epidemiologia**

***Redazione grafica***

Antonella Barale  
Francesco Groppi



una sanità in salute fa bene a tutti

---

Tel. +39 0161 593976 - Fax. +39 0161 593072

E-mail: [dir.integrataprev@aslvc.piemonte.it](mailto:dir.integrataprev@aslvc.piemonte.it)

[epidemiologia@aslvc.piemonte.it](mailto:epidemiologia@aslvc.piemonte.it)

ASL VC-Vercelli – Corso Mario Abbiate, 21 - 13100 Vercelli