

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

## **Approvazione dei programmi di prevenzione per il periodo 2015-2018**

## INDICE

	<i>pag.</i>
Introduzione	3
Il profilo di salute della popolazione piemontese	7
Programmi del Piano regionale di prevenzione 2015-2018	25
1. Guadagnare Salute Piemonte - Scuole che promuovono salute	25
2. Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di vita	41
3. Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro	61
4. Guadagnare Salute Piemonte - Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario	73
5. Screening di popolazione	105
6. Lavoro e salute	127
7. Ambiente e salute	149
8. Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili	175
9. Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	185
10. Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano regionale di prevenzione	203
Piano di monitoraggio e valutazione	217

## INTRODUZIONE

Questo Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 (PRP) intende mettere in opera tutti gli sforzi necessari per proteggere il quadro delle garanzie sociali faticosamente costruite fino ad oggi, per continuare a rispettare la visione già enunciata nel Piano nazionale della prevenzione (PNP) ed i principi che devono improntare l'operato della sanità pubblica:

- la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività;
- l'equità sociale e le uguali opportunità di salute per tutti;
- il coinvolgimento degli enti locali per sfruttare al meglio il potenziale di salute presente in tutte le politiche anche non sanitarie;
- la comunicazione e l'ascolto;
- l'integrazione tra tutti i servizi del sistema socio-sanitario e la collaborazione con tutte le componenti istituzionali del tessuto sociale e il volontariato;
- l'efficacia e l'appropriatezza, con l'applicazione rigorosa dei principi dell'evidenza scientifica, dell'azione per priorità di salute e della trasparenza delle scelte;
- la sobrietà e la sostenibilità degli interventi;
- la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori.

Il PRP 2015-2018 si sviluppa in coerenza con gli obiettivi e le strategie del PNP e ricerca la continuità con le strategie organizzative già declinate nel PRP 2010-2012 che hanno consentito, in questi anni, di mantenere la rotta tracciata.

### Strategie e bisogni di salute

Il Piano fissa obiettivi comuni prioritari, nel solco tracciato dal PNP, che rispondono a bisogni di salute rilevanti, individuati a livello nazionale e regionale.

Si tratta di una rilevanza valutata innanzitutto come carico di malattia, ma anche in termini di sviluppo di settori o gruppi sociali, nonché etici e di coesione sociale.

Gli obiettivi prioritari sono quindi definiti ed esplicitati, attraverso l'analisi del contesto e l'identificazione dei determinanti/fattori di rischio, per:

- ridurre il carico di malattia rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di welfare. Ciò è particolarmente proprio degli obiettivi correlati alla riduzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili, alla riduzione degli incidenti e delle malattie professionali nonché alla promozione dell'invecchiamento attivo (*active ageing*);
- investire sul benessere dei bambini e dei giovani. È una scelta dal forte contenuto formativo e di *empowerment* che intende promuovere, in un approccio *life course* che privilegia gli interventi precoci, contesti favorevoli allo sviluppo di responsabilità e capacità personali che riguardano la proposta di stili di vita salubri, il perseguimento del benessere mentale, l'assunzione di comportamenti di rifiuto delle dipendenze e dei comportamenti a rischio;
- rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive efficaci consolidate nel corso degli anni, anche in relazione agli atti di pianificazione nazionale (interventi preventivi nei luoghi di vita e di lavoro, prevenzione malattie infettive, vaccinazioni, sicurezza alimentare, ecc.);
- rafforzare e mettere a sistema l'attenzione ai gruppi fragili;
- considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente promuovendo un rapporto salubre fra salute e ambiente e sviluppando le potenzialità di approccio inter-istituzionale del servizio sanitario;
- considerare l'interazione tra condizioni socioeconomiche e culturali e stile di vita personale in un approccio per setting finalizzato a modificazioni organizzative, culturali e di salute sul lungo periodo, con particolare attenzione alle strategie europee delineate nel WHO - Europe Action Plan NCD 2016/2020 rispetto all'ambiente scolastico (network Schools for Health in Europe, SHE) e ambiente di lavoro (Network Workplace health promotion, WHP).

### La salute in tutte le politiche

La prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente ed è quindi necessario costruire una cultura condivisa, in un sistema di rete, in cui la "salute" diventi una attenzione globale e non solo del sistema sanitario.

I Profili e Piani per la Salute (PePS) sono stati, in Piemonte, lo strumento utilizzato per sviluppare il principio universalmente riconosciuto della *salute in tutte le politiche* e promuovere politiche favorevoli alla salute in diversi ambiti quali alimentazione, ambiente, commercio, educazione, industria, lavoro e trasporti.

Tale metodo di lavoro, ancorché sviluppato in modo disomogeneo sul territorio regionale, si è dimostrato capace di rafforzare consapevolezze, promuovere la valutazione dell'impatto sulla salute nei processi decisionali, tessere alleanze e ha portato alla concertazione di azioni utili alla salute collettiva.

Il principio della "salute in tutte le politiche" continuerà a improntare le azioni del PRP al fine di mantenere un elevato livello di attenzione sul tema cruciale dell'utilità sociale nell'impiego delle risorse pubbliche.

Nel definire le strategie e le azioni si considererà sia la funzione del SSR di diretta erogazione degli interventi sia il ruolo di *steward* nei confronti degli altri attori e portatori di interesse con modalità di intervento che dovranno recuperare quanto di positivo è stato maturato con l'esperienza dei PePS.

### Contrasto alle disuguaglianze

La popolazione del Piemonte sta mediamente bene, eppure le medie mascherano l'esistenza di differenze sistematiche: le persone privilegiate stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Queste differenze, sempre più accentuate in relazione all'allargamento della forbice sociale, sono socialmente determinate, ingiuste e modificabili.

La prevenzione e la promozione della salute basate su interventi di provata efficacia, gli strumenti volti a orientare le politiche del territorio verso obiettivi di salute hanno un ruolo determinante nel contrastare la vulnerabilità sociale e i rischi per la salute evidenziati dalle disuguaglianze; è rilevante in tal senso anche la medicina di genere, o delle differenze, che tenga conto delle peculiarità femminili non solo sotto l'aspetto biologico-funzionale, ma anche psicosociale e culturale, e che valorizzi le scelte individuali sulla propria salute.

Il PRP conferma quindi il tema della riduzione delle disuguaglianze all'interno di tutte le sue articolazioni, per la promozione non solo di tutti i processi di definizione di *policy* e di agevolazione effettiva di accesso ai servizi per le fasce fragili di popolazione, ma anche dei processi di umanizzazione della medicina rispettosi dei diritti e delle sensibilità dei pazienti, di valorizzazione degli aspetti di supporto, anche psicologico, alla persona, di promozione del ruolo del volontariato. Questa attenzione si concretizzerà nell'esercizio sistematico di processi di *equity audit*.

### Governance

Il Piano garantisce la trasversalità degli interventi: essa deve essere fortemente perseguita anche in termini di integrazione, ai fini del raggiungimento degli obiettivi del PRP, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative.

In Piemonte è stato adottato, fin dal 2009, un modello di coordinamento basato sul coinvolgimento dei responsabili degli interventi a livello locale (coordinatori dei Piani locali di prevenzione) e dei Servizi di supporto, nonché sulla ricerca dell'armonizzazione del PRP con le attività più o meno consolidate nei Servizi; il modello, pur con diverse aree ancora da sviluppare, ha contribuito a migliorare il livello di integrazione e coordinamento delle attività, nonché a coadiuvare le funzioni di governo del "sistema prevenzione".

Si è lavorato per ricercare coerenza tra i diversi strumenti di programmazione regionale e per ampliare la collaborazione con le diverse "anime" della sanità. Il PRP 2010-2012 ha sperimentato e consolidato alcuni essenziali strumenti specifici della *governance*: analisi del problema sulla base delle informazioni epidemiologiche, proposte operative orientate da prove di efficacia, appropriatezza e qualità, formazione, sviluppo di percorsi integrati e intersettoriali, valutazione e comunicazione dei risultati.

Occorre proseguire su questa strada nell'ottica della progressiva maturazione del sistema.

### Sostenibilità

Oltre ad essere in grado di produrre un impatto di salute, gli obiettivi del piano risponderanno anche a una logica di sistema e dovranno quindi essere realizzati attraverso interventi sostenibili e "ordinari".

Il PRP 2015-2018 è pertanto un piano inclusivo, che recepisce gli obiettivi determinati dal livello centrale, già decisi all'interno di Piani nazionali di settore, gli adempimenti previsti dal quadro normativo nonché gli obiettivi determinati dalla specificità piemontese.

La ricerca della sostenibilità e della sistematicità richiede un completo coinvolgimento del livello locale: l'esperienza degli anni scorsi ha consentito di consolidare un forte rapporto verticale garantito sia dalla partecipazione di rappresentanze locali alle decisioni assunte al livello centrale, sia dal recepimento degli indirizzi di programmazione

centrale nei Piani Locali di Prevenzione. La continuità dell'azione centrata sul PRP e sui PLP costituisce elemento di stabilità e sostenibilità.

### Accountability

Il PRP riconosce l'importanza fondamentale della genesi e fruizione della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute e la valutazione dei risultati conseguiti.

Il PRP sarà monitorato, ove possibile, attraverso indicatori di *outcome*, ovvero indicatori di *early-outcome* o attraverso indicatori di processo collocati sui punti critici del sistema.

Ancora l'esperienza degli anni scorsi ha consentito di consolidare una particolare attenzione alla rendicontazione dei risultati raggiunti e alla comunicazione agli stessi *stakeholders* e decisori locali; questo aspetto sarà, nel prossimo quadriennio, ulteriormente rafforzato. Garantire livelli di comunicazione e di partecipazione alle decisioni per la salute saranno obiettivi prioritari presidiati anche con specifiche azioni di governance.

### Risorse

Le attività di prevenzione ricadono nelle prestazioni sanitarie finanziate con il Fondo sanitario e come tali vanno inserite nell'organizzazione aziendale e nei programmi di attività dei Servizi del Dipartimento della prevenzione e delle Strutture aziendali coinvolte nei Piani locali di prevenzione.

Questo comporta la necessità che le risorse stanziare per la prevenzione (5% del FSN + Fondi vincolati) siano effettivamente utilizzate per gli interventi di prevenzione che gravano sull'operatività di strutture indebolite dai provvedimenti di riduzione della spesa pubblica e dai vincoli imposti dal Piano di rientro.

Pur partendo dalla revisione delle pratiche di dubbia utilità o obsolete è possibile che, in taluni casi, lo sviluppo dei programmi previsti dal Piano richieda la ridefinizione delle risorse in rapporto agli obiettivi da perseguire.

È necessario pertanto che i responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione ed i Coordinatori dei Piani Locali di Prevenzione rilevino in tempo le criticità che possono pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi di Piano segnalandole alla Direzione Generale.

Qualora la Direzione dell'ASL rilevasse un disequilibrio tra risorse disponibili ed obiettivi da raggiungere se ne potrà tenere conto nella definizione dello stanziamento del bilancio di previsione dell'anno successivo o dei criteri di riparto delle risorse tra le ASL.

Per quanto concerne la disponibilità di risorse umane, va data priorità all'eliminazione di pratiche obsolete, alla redistribuzione interna dei carichi di lavoro e al riordino delle funzioni nell'ambito del piano di riorganizzazione aziendale. Fatte salve le eccezioni previste in caso di impiego di risorse private o di fondi per la ricerca, non sono previste deroghe ai vincoli previsti dall'attuale disciplina del personale delle ASL.

Nelle tabelle successive si riporta l'attuale situazione del personale dei Dipartimenti di prevenzione ma si ritiene opportuno precisare che:

1. non tutto il personale dei Dipartimenti di prevenzione è coinvolto nell'attuazione del Piano. Una buona parte delle risorse di personale è addeba allo svolgimento di funzioni ispettive, ad attività di controllo e certificazione, ad adempimenti amministrativi collegati (istruttoria di pratiche, gestione di anagrafi, all'attuazione delle norme relative all'anticorruzione, alla trasparenza ed alla dematerializzazione, oltre che alle attività di inchiesta disposte dall'Autorità Giudiziaria o svolte d'iniziativa dell'ASL);
2. alcune azioni del Piano della Prevenzione prevedono una attività di rete tra soggetti appartenenti ad altre strutture dell'ASL, ad altri Enti territoriali e ad un partenariato diffuso.

Sebbene le tabelle non riportino una serie storica, il personale delle ASL ha subito negli ultimi 10 anni una riduzione numerica media del 10% e un progressivo invecchiamento (anche culturale) dei dipendenti e della frazione di personale alla soglia del pensionamento.

Le azioni descritte nel Piano di Prevenzione tengono conto delle relazioni attualmente esistenti e delle risorse disponibili. Una ulteriore contrazione delle risorse umane e finanziarie potrà pregiudicare seriamente l'attuazione delle azioni previste dai programmi.

Il Piano offrirà l'occasione per misurare con maggiore precisione le risorse complessive impiegate e gli strumenti previsti dal programma di governance consentiranno di definire meglio gli standard operativi aziendali e di avviare un confronto tra risorse dedicate, efficienza dei Servizi ed efficacia delle azioni.

	SIAN						SVET (somma dei 3 servizi)						
	Medici	TPALL	Dietisti	Operatore tecnico specializzato	Amministrativi	Altro	Totale	Veterinari	Veterinari convenzionati (part time)	TPALL	Operatore tecnico specializzato	Amministrativi	Totale
AL	9	18,3	1	1	8,5		37,8	43	2	13	4	22	84
AT	4	9,5	1		1,9		16,4	36	2	3	4	8	53
BI	4	6	1		3,5		14,5	17		3		6	26
CN1	8	15	2		6	6	37	109	47	10		36	202
CN2	3	4			2	1	10	19	5	1		6	31
NO	6	9			4	3	22	27		10		11	48
TO1	2	10	5	1	3		21	19	6	12	15	12	64
TO3	7	14	3		6		30	56	19	8	7	21	111
TO4	9	10	2		6		27	52		12,3		22,5	86,8
TO5	3	7	1	1	6		18	32	6	5		12,8	55,8
VC	4	5	1	1	2		13	20	5	5		6	36
VCO	5	5	2		17		29	16		5		5	26
<b>Totale</b>	<b>64</b>	<b>112,8</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>65,9</b>	<b>10</b>	<b>275,7</b>	<b>446</b>	<b>92</b>	<b>87,3</b>	<b>30</b>	<b>168,3</b>	<b>823,6</b>

Tabella 1. Personale in organico ai Servizi SIAN e Veterinari - Dati desunti dalle rendicontazioni PAISA 2014

SISP	Dirigenti medici	Dirigenti non medici	Operatori infermieristici	Tecnici della Prevenzione	Operatori amministrativi	Altri operatori	Totale
TO1	8,00	n.r.	29,05	11,67	14,88	2,00	65,60
TO3	12,33	1,00	13,73	12,11	6,90	1,50	47,58
TO4	7,00	0,00	12,00	8,00	5,60	0,00	32,60
TO5	8,22	n.r.	6,70	5,83	7,00	1,67	29,42
VC	4,70	0,00	7,40	3,00	2,00	0,00	17,10
BI	6,00	0,00	4,50	4,50	3,67	2,00	20,67
NO	8,92	0,00	16,51	10,00	7,10	0,00	42,53
VCO	6,00	0,00	5,00	4,00	1,83	0,00	16,83
CN1	11,00	0,00	18,23	7,75	9,67	1,50	48,14
CN2	6,50	0,00	8,75	3,00	2,67	0,00	20,92
AT	5,25	0,00	10,00	5,67	3,00	0,67	24,58
AL	5,25	2,00	7,67	16,30	7,80	1,00	40,02
<b>TOTALE</b>	<b>89,17</b>	<b>3,00</b>	<b>139,54</b>	<b>91,83</b>	<b>72,12</b>	<b>10,33</b>	<b>405,98</b>

Tabella 2. Unità di personale SISP calcolate Mesi-operatore = N. unità che sono state presenti durante l'anno x N. di mesi lavorati da ciascuna unità x % di tempo in caso di operatori a part time ecc.

SPreSAL	Dirigenti medici	Dirigenti non medici	Operatori infermieristici	Tecnici della Prevenzione	Operatori amministrativi	Altri operatori	Totale
TO1	2,00	0,00	5,00	27,60	10,86	5,20	50,66
TO3	5,00	0,00	2,50	22,05	7,50	1,00	38,05
TO4	6,80	0,00	0,00	14,40	7,07	0,00	28,27
TO5	4,00	1,70	1,42	11,03	3,50	0,00	21,65
VC	2,88	0,00	0,00	8,00	2,00	0,00	12,88
BI	2,00	0,00	1,00	7,92	1,00	0,00	11,92
NO	3,00	0,00	3,00	12,25	6,25	0,00	24,50
VCO	3,00	0,00	1,33	7,00	0,00	1,00	12,33
CN1	6,00	0,00	3,77	17,58	9,12	0,00	36,47
CN2	1,00	1,00	1,70	4,90	1,78	1,00	11,38
AT	4,00	1,00	1,00	8,92	2,00	0,00	16,92
AL	4,50	0,00	1,00	11,83	6,00	1,00	24,33
<b>TOTALE</b>	<b>44,18</b>	<b>3,70</b>	<b>21,72</b>	<b>153,48</b>	<b>57,08</b>	<b>9,20</b>	<b>289,36</b>

Tabella 3. Unità di personale SPreSAL ponderate in funzione del periodo di servizio prestato e della parte di orario dedicata allo SPreSAL

# **IL PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE PIEMONTESE**

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

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

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

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

## Demografia

La popolazione totale residente in Piemonte, al 1.1.2014, ammontava a 4.436.798 abitanti, di cui 2.146.570 uomini (48,4% del totale) e 2.290.228 donne (51,6% del totale), in lieve aumento (+ 2,4%) rispetto al 2007 in cui la popolazione totale ammontava a 4.332.069 abitanti, di cui 2.093.429 maschi (48,3%) e 2.238.640 femmine (51,7%).

In Piemonte la dinamica naturale della popolazione è dominata dal saldo negativo tra i nati e i morti, con un notevole eccesso dei secondi rispetto ai primi. Nel 2013 il numero di deceduti in Piemonte ha superato, come avviene ormai da un decennio, il numero dei nati, con un saldo naturale negativo che sarebbe ancora maggiore se non fossero intervenuti fenomeni migratori ad attenuarne il valore. Analogo fenomeno è rilevabile in Italia ma con percentuali minori sia per il saldo naturale sia per il saldo migratorio. Il saldo migratorio è dominato dalle iscrizioni nei registri anagrafici dall'estero ma con una riduzione del fenomeno rispetto al 2007 e con percentuali nel 2013 vicine alla media nazionale. Nel complesso, la percentuale di popolazione straniera regolare residente in Piemonte è aumentata nell'ultimo quinquennio, costituendo, nel 2013 oltre il 9% della popolazione (la media italiana è 8,1%), con un incremento del 65% tra 2007 e 2013, a fronte dell'incremento medio nazionale del 62% nello stesso periodo.

Il tasso di natalità, già basso e insufficiente a garantire il ricambio generazionale, al 2013 ha mostrato una lieve ulteriore riduzione rispetto al 2007, in linea con il dato nazionale; il numero medio di figli tra le donne italiane ha mostrato invece un lieve aumento (da 1,19 a 1,26), a fronte della lieve diminuzione del numero medio di figli delle donne straniere (da 2,43 a 2,32).



Dal 2007 al 2013 si è rilevato un aumento percentuale delle fasce di età più anziane, come testimoniato dall'aumento della popolazione superiore rispettivamente a 75 e 85 anni, maggiore della media nazionale. Viceversa l'indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione con oltre 64 anni e quella con meno di 15), aumentato in Piemonte solo di 1,8% rispetto al 2007 (mentre in Italia è aumentato, nello stesso periodo, di oltre 8%), non indica un'alterazione della struttura per età della popolazione. Dato comprovato dall'età media della popolazione, cresciuta meno in Piemonte (da 45,1 a 45,9 anni) rispetto all'Italia (da 42,9 a 44,2). L'andamento regionale è da porre in relazione all'immigrazione dall'estero di popolazione appartenente per lo più alle fasce di età giovane (<65 anni).

L'indice di ricambio, che stima il rapporto tra la fascia di popolazione, che sta per entrare nell'età pensionabile (55-64 anni) e la fascia di età che si affaccia al mondo del lavoro (15-24 anni), mostra un aumento del 1,2% rispetto al 2007, indice di un maggiore carico pensionistico che graverà sulle future generazioni, anche se inferiore alla media nazionale nello stesso periodo (+11,3%).

L'indice di dipendenza, che stima la capacità delle fasce di età economicamente attive (15-64 anni) a mantenere le età inattive (0-14 anni e  $\geq 65$  anni) è peggiorato, con aumento della popolazione inattiva e quindi del carico sociale, sia rispetto al dato regionale del 2007 (+7,1%), sia rispetto alla media nazionale (dove è aumentato del 4,8%).

L'invecchiamento della popolazione coinvolge anche la forza lavoro, cioè la popolazione tra i 15 e i 64 anni. Dal 2005 al 2013, l'età media della forza lavoro in Italia è aumentata di oltre 2 anni (da 39,2 a 41,4), ancora di più in Piemonte con un aumento di 2,5 anni, passando da 39,6 a 42 anni. Si tratta di un fattore che minaccia la *work ability* della forza lavoro e impone misure di adeguamento all'organizzazione del lavoro e alla mansione affinché non si abbiano ricadute negative sulla produttività e sulla salute. Questo fenomeno è ancora più accentuato tra gli occupati della sanità e del sociale; l'età media di questi lavoratori in Piemonte nel 2012 è di 44,8 anni (era 38,8 nel 2005), contro un valore medio nazionale di 44,5 (38,9 nel 2005).

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

### Caratteristiche sociali

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

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

Nello stesso periodo, però, il tasso di disoccupazione è più che raddoppiato passando, negli anni a cavallo della perdurante crisi economica, dal 4,2% al 9,2%, coinvolgendo in particolare la popolazione giovanile, il cui tasso di disoccupazione ha raggiunto il 32% (era il 14% nel 2007 prima dell'inizio della crisi). Seppur meno grave di quanto registrato a livello nazionale, dove i valori dei tassi di disoccupazione sono ancora più drammatici (rispettivamente 10,7% e 35,3%), la situazione piemontese è preoccupante perché l'esperienza di perdita del lavoro in una società meno abituata alla disoccupazione può avere conseguenze sulla salute più severe di quelle che si osservano nelle comunità dove la disoccupazione è un'esperienza comune.

Anche le condizioni economiche sono peggiorate: nel 2007 il 40% dei Piemontesi dichiarava come le proprie risorse economiche fossero insufficienti; nel 2012 questo valore ha raggiunto il 42%, meglio, comunque, della situazione italiana dove questo valore raggiunge il 47%. Riflessi positivi della crisi per la salute potrebbero essere la diminuzione del carico di infortuni conseguenti al minor numero di ore lavorate in tutte le attività economiche e il contenimento dei consumi insalubri per ragioni di costo, come tabacco e alcool; per la stessa ragione la pressione della crisi potrebbe aver influito sfavorevolmente sui consumi salubri costosi, come quelli legati all'esercizio fisico.

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

## Lo stato di salute

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

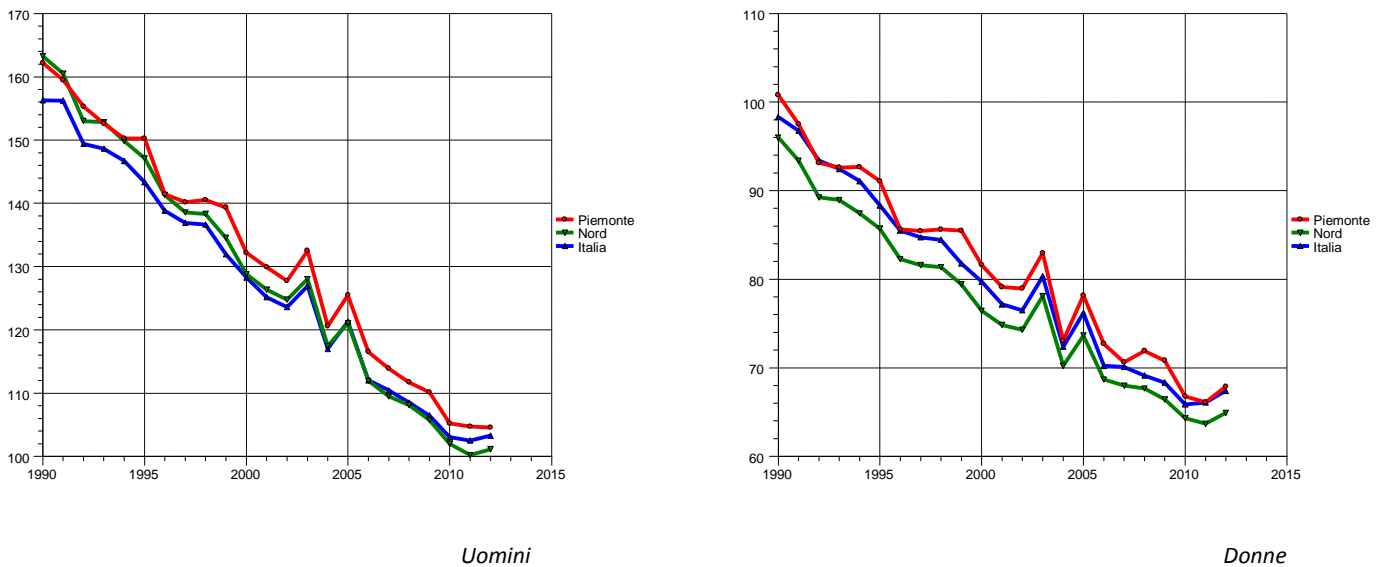
Come noto, l'Italia è uno dei Paesi al mondo con l'aspettativa di vita più elevata, sia per gli uomini sia per le donne e il Piemonte presenta valori identici a quelli della media nazionale. Nel 2013, un bambino nato in Piemonte poteva contare su un'attesa di vita di 79,7 anni, una bambina di 84,6 anni. Nello stesso anno, un uomo di 65 anni aveva un'aspettativa di vita di ulteriori 18,5 anni, una donna di 22. Inoltre, questi valori sono in costante miglioramento nel tempo: tra il 2007 e il 2013, cioè in soli 6 anni, gli uomini piemontesi hanno guadagnato oltre un anno di speranza di vita, le donne 0,7 anni. Questo diverso andamento nel tempo ha contribuito a ridurre il forte differenziale esistente tra uomini e donne, che, tuttavia, continua ad essere significativo: una donna piemontese, alla nascita, può contare su quasi 5 anni di speranza di vita in più rispetto a un uomo (erano poco meno di 6 nel 2007). Le ragioni di questo continuo miglioramento sono molteplici. L'ingresso nella fascia di età anziana di generazioni che hanno condiviso condizioni di vita migliori di quelle del passato e che portano con sé un capitale di salute più ricco spiega il guadagno nelle fasce di età più anziane. Per quanto riguarda la mortalità prematura, le spiegazioni sono legate alla diminuzione della mortalità infantile, che ha raggiunto in Italia, ma soprattutto in Piemonte, valori tra i più bassi al mondo e difficilmente comprimibili ulteriormente, alla riduzione nelle fasce più giovani della mortalità per incidenti stradali, per cause droga-correlate e per infortuni sul lavoro, cause che colpiscono prevalentemente il sesso maschile e spiegano quindi il maggiore incremento nella speranza di vita tra gli uomini rispetto alle donne. Va ancora ricordato, però, che, tra le regioni del Nord, il Piemonte mantiene, da molti anni, una situazione di svantaggio (la speranza di vita al Nord nel 2012 era di 79,9 anni per gli uomini e di 84,4 anni per le donne), lasciando quindi intravedere spazi di miglioramento per allinearsi alle regioni più virtuose.

Due indicatori da leggere accanto alla speranza di vita sono la “speranza di vita alla nascita in buona salute” e la “speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni”, che aggiungono al valore quantitativo del numero di anni che ci si attende di vivere, anche un valore sulla qualità degli anni vissuti. In entrambi i casi, il Piemonte conferma i risultati migliori della media nazionale. Alla nascita, gli uomini possono contare su oltre 61 anni in buona salute (meno di 60 in Italia), contro i quasi 58 delle donne (poco più di 57 in Italia); raggiunti i 65 anni, gli uomini possono contare su ulteriori 10,5 anni senza limitazioni funzionali (meno di 10 in Italia) e le donne su oltre 11 anni (9,4 anni in Italia). Siccome gli indicatori di speranza di vita in salute sono stimati sulla popolazione non istituzionalizzata che vive in casa, una parte di questo vantaggio geografico potrebbe essere spiegata dalla maggiore istituzionalizzazione degli anziani fragili in Piemonte rispetto alla media del Paese.

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

La speranza di vita è un indicatore che si muove parallelamente al tasso di mortalità. Il tasso di mortalità generale (standardizzato per età), infatti, è in costante riduzione pur con alcune variazioni in entrambi i sessi (di più negli uomini), tanto in Piemonte quanto in Italia.

Guardare alla mortalità per causa aiuta a spiegare le dinamiche della mortalità generale. L'importante contrazione nella mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (un fenomeno che prosegue ormai da decenni) spiega in larga misura la riduzione della mortalità generale; in Piemonte, tra il 2007 ed il 2012, per le malattie circolatorie il tasso standardizzato di mortalità (che annulla gli effetti della diversa composizione per età della popolazione nei due anni messi a confronto) si è ridotto di circa il 14,5% tra gli uomini e del 15% tra le donne. In considerazione del fatto che nello stesso periodo la riduzione del numero di decessi per queste cause è stata molto più contenuta (circa il 3% tra gli uomini e il 5% tra le donne) e che queste cause continuano a costituire un terzo del totale dei decessi (poco meno di 18.000 all'anno, di cui 1.100 prima dei 65 anni di età) si comprende come la riduzione nel tempo della mortalità cardiovascolare influenzi notevolmente la riduzione della mortalità generale e al tempo stesso costituisca un obiettivo importante per le politiche di prevenzione.



**Figura 1.** Tasso standardizzato di mortalità (x 10.000) 1990-2012. Fonte: Istat-Health for All Versione giugno 2014. [www.istat.it/it/archivio/14562](http://www.istat.it/it/archivio/14562)

Le malattie dell'apparato circolatorio, meritano un breve approfondimento per una peculiarità che interessa il Piemonte da molti anni. Questo gruppo di cause, come noto, rappresenta un insieme eterogeneo le cui componenti sono costituite per circa un terzo dalle malattie ischemiche del cuore, un terzo da malattie cerebrovascolari e un ultimo terzo da una miscelanea di condizioni. Le prime due componenti si caratterizzano per un comportamento epidemiologico opposto: pur confermando entrambe un trend temporale in riduzione, il confronto con il resto dell'Italia è completamente differente: mentre in Piemonte la mortalità per le malattie ischemiche del cuore è tra le più basse d'Italia, con un tasso standardizzato di mortalità di  $11,9 \times 10.000$  tra gli uomini (13,3 in Italia) e  $5,7 \times 10.000$  tra le donne (7,3 in Italia) il valore più basso in Italia, quella per malattie cerebrovascolari presenta una situazione opposta con valori tra i più alti del Paese ( $9,7 \times 10.000$  tra gli uomini piemontesi e  $8,5 \times 10.000$  tra le donne, contro valori nazionali, rispettivamente, di 8,5 e 7,3). Ragioni legate a differenze di assistenza, ma anche a differenze nel controllo di fattori di rischio correlati all'insorgenza di disturbi dell'apparato circolatorio dell'encefalo (in particolare l'ipertensione arteriosa) potrebbero contribuire a spiegare questa diversità.

Il secondo grande gruppo di cause, che costituisce un ulteriore terzo dei decessi (15.000 all'anno), è rappresentato dalle neoplasie. La riduzione nei sei anni di osservazione del tasso standardizzato di mortalità è più ridotta di quanto osservato per le malattie dell'apparato circolatorio: meno 8,4% per gli uomini (in Italia 6,7%) e meno 3,3% per le donne (in Italia 2,8%) e il numero di decessi è leggermente aumentato. In entrambi i sessi la mortalità per tumore è più alta della media nazionale, ma simile alla media del Nord Italia. Anche in questo caso, il profilo epidemiologico della mortalità è fortemente influenzato dalle principali sedi tumorali colpite: il polmone per gli uomini e la mammella per le donne; in entrambi i casi, il Piemonte presenta valori più elevati della media nazionale, anche se in linea con quelli delle altre regioni settentrionali. È noto dai dati dei registri tumore che l'incidenza di tutti i tumori è sostanzialmente stabile nel periodo, con leggere variazioni nelle specifiche sedi (in aumento i tumori legati a pratiche di diagnosi precoce come prostata e mammella, in aumento i tumori legati a epidemie specifiche come quelli del polmone tra le donne (epidemia di fumo), in diminuzione quelli correlati al declino di epidemie precedenti come il polmone (da fumo) tra gli uomini. La diminuzione della mortalità a fronte della stabilità dell'incidenza testimonia del discreto successo del sistema di diagnosi e cura nella sopravvivenza.

Tra gli altri grandi gruppi di cause di morte le malattie dell'apparato respiratorio continuano a presentare un eccesso rispetto all'Italia sia tra gli uomini sia tra le donne, mentre non ci sono differenze di rilievo né per le malattie dell'apparato digerente, né per le cause accidentali; tutte queste cause di morte presentano un significativo miglioramento nel periodo considerato, con particolare intensità per le cause accidentali. In particolare, per quel che riguarda gli infortuni sul lavoro, il trend è in continuo calo con tassi regionali stabilmente al di sotto di quelli nazionali. Nel 2012, il più recente anno disponibile nei flussi Inail-Regioni, il tasso di infortuni gravi è del 14% inferiore rispetto al nazionale (3,78 vs 4,41 infortuni per 1000 addetti). In Piemonte anche il tasso

di infortuni calcolato nel comparto costruzioni è più basso (- 17%) di quello nazionale (6,26 vs 7,62 infortuni per 1000 addetti) e anche la quota di infortuni gravi sul totale di quelli accaduti in agricoltura è inferiore rispetto a quella italiana.

Infine, alcune aggregazioni di cause di morte correlate a esposizioni individuali quali fumo e alcool, mostrano una riduzione negli anni in osservazione (il fumo in particolare), ma senza che siano possibili confronti con i valori nazionali. Una diversa aggregazione di cause di morte evitabili (proposta dall'Atlante della mortalità evitabile 2007) per livelli di assistenza (anche in questo caso, gli indicatori non sono confrontabili con i valori nazionali e le aggregazioni di cause proposte non sono sovrapponibili con le patologie alcool e fumo correlate) mostra un miglioramento della mortalità per quelle cause aggredibili attraverso azioni di prevenzione primaria, ma solo per gli uomini. Questo non si verifica per le donne e neanche per cause di morte correlate alla prevenzione secondaria o ai trattamenti.

I risultati della recente indagine ISTAT sulla salute permettono anche il confronto di alcuni indicatori di salute riferita dai soggetti intervistati mediante questionario.

Sia gli uomini, sia le donne piemontesi dichiarano una minore presenza di malattie croniche rispetto alla media italiana; questa condizione favorevole rispetto al resto di Italia si accentua nella popolazione con più di 65 anni di età: "solo" il 44% degli uomini e il 35% delle donne in questa fascia di età dichiarano la presenza di almeno una malattia, contro, rispettivamente, il 48% e il 41%. In ogni caso, anche se in termini relativi si tratta di un valore positivo, il dato dà la misura del carico di malattia cronica della popolazione in fascia di età anziana.

Un altro aspetto positivo della salute dei Piemontesi riguarda la percezione del proprio stato di salute: poco meno del 5% degli uomini e il 6,4% delle donne alla domanda "come va la sua salute?" risponde "male o molto male". Le medie italiane sono superiori, rispettivamente di 6,2% e 8,4%. Dalle indagini ISTAT sulla salute è possibile qualche approfondimento nell'ambito della salute percepita attraverso tre indici: di salute fisica, salute psicologica e salute mentale (al crescere dell'indice corrisponde un livello più alto di salute). Nel caso dell'indice di salute fisica il Piemonte presenta valori superiori alla media nazionale e in miglioramento: tra gli uomini l'indice passa, dal 2005 al 2013, da 51,1 a 52,1 (in Italia da 50,6 a 51,5) e nelle donne da 49,9 a 50,6 (in Italia da 49,2 a 50). Meno favorevole, invece, l'indice di salute psicologica, che registra nello stesso periodo un leggero calo: negli uomini piemontesi, infatti, scende da 50,6 a 50,1 (in Italia da 50,8 a 50) e, nelle donne, da 48,1 a 47,8 (in Italia da 48,4 a 47,9). Ancora meno favorevole è l'andamento dell'indice di salute mentale che, tra gli uomini piemontesi passa da 74,3 a 72,6 (in Italia da 74,2 a 72,3) e, nelle donne, da 69,1 a 67,9 (in Italia da 69,5 a 68,3). Questi dati sembrano suggerire che se la crisi economica e sociale ed il disagio che ne consegue non si manifesta ancora in un peggioramento dello stato di salute percepito in generale e, tanto meno, della salute fisica delle persone, i suoi effetti negativi, invece, cominciano a manifestarsi a livello psicologico e di salute mentale, particolarmente sensibili ad eventi dolorosi quali le difficoltà economiche o la perdita del lavoro, in particolare tra gli uomini adulti. È importante ricordare che gli indicatori di mortalità e di salute autoriferita descritti sino adesso rappresentano una "media" di situazioni differenti all'interno del territorio regionale. Nel caso della mortalità, per esempio, le aree montane e, in generale, quelle più periferiche rispetto ai maggiori centri metropolitani presentano indicatori più sfavorevoli e sostanzialmente invariati negli ultimi anni.<sup>1</sup> Le mappe della mortalità generale riportate sotto (al netto delle differenze di età) mostrano come alcune aree del Piemonte (quelle più scure) abbiano eccessi di mortalità rispetto alla media regionale fino al 25%, mentre altre aree (quelle più chiare) abbiano un minore rischio, sempre rispetto alla media, di circa il 15%.

<sup>1</sup> Clerico G, Zanola R (a cura di). *La Sanità in Piemonte-Immaginare il futuro*. Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro". Giuffrè Editore. Milano, 2014.

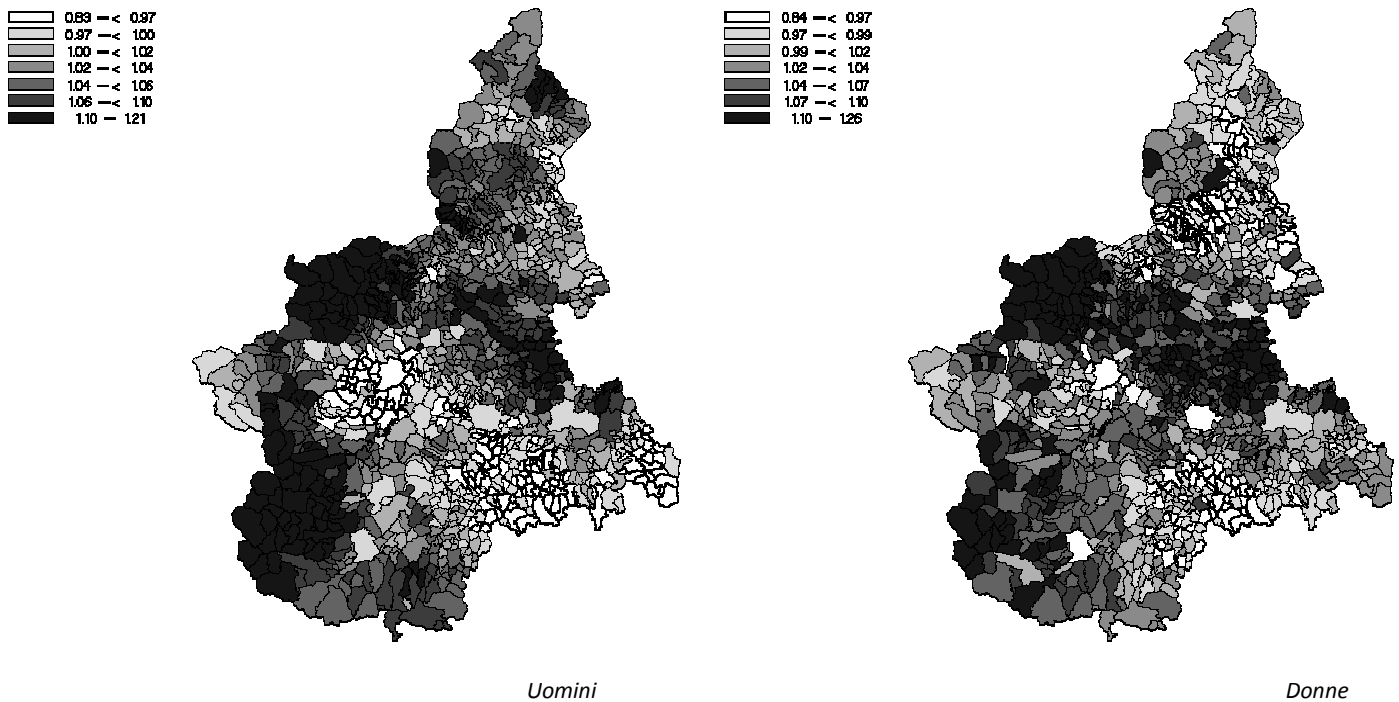


Figura 2. Rapporti standardizzati di mortalità per comune di residenza 2009-2011

Differenze altrettanto importanti riguardano la posizione sociale dei cittadini: tutti gli indicatori di salute considerati presentano valori più sfavorevoli a carico dei gruppi sociali più svantaggiati rispetto ai più avvantaggiati (per istruzione, reddito, classe sociale,...); differenze sociali che, spesso, si mantengono nel tempo.<sup>1,2</sup> Questi argomenti saranno ripresi all'interno dei macro-obiettivi specifici perché rilevanti per l'identificazione di obiettivi di prevenzione.

### Stili di vita<sup>3</sup>

Il **fumo di sigaretta** è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute tra gli uomini, ma le azioni di contrasto hanno già prodotto una diminuzione sia della mortalità per cause fumo correlate che della prevalenza del fattore di rischio in questo sesso; nella popolazione adulta (18-69 anni), in Piemonte, dal 2008 al 2013 la serie storica delle prevalenze mensili dei fumatori risulta in diminuzione significativa, con prevalenze annuali che passano dal 29% al 26%, mentre quelle degli ex fumatori scendono dal 21% al 18%.

A dimostrazione dell'efficacia delle azioni di prevenzione primaria, la maggior parte della popolazione adulta non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione risulta maggiore nelle generazioni più giovani. Per quanto riguarda l'abitudine tabagica degli adulti le differenze tra le ASL del Piemonte risultano contenute (range da 25% nella ASL TO3 a 29% nell'ASL NO).

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

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

Rimangono da affrontare le forti disuguaglianze sociali nell'esposizione (la prevalenza di fumatori tra coloro con molte difficoltà economiche è quasi il doppio di coloro che non ne hanno, 40% vs 22%, PASSI 2010-2013) e anche nella capacità di smettere di fumare (tra le persone con molte difficoltà economiche c'è 1 ex fumatore circa ogni 3 fumatori, mentre tra quelle senza difficoltà economiche gli ex fumatori sono poco meno dei fumatori, PASSI 2010-2013) ed il monitoraggio dei comportamenti dei soggetti più giovani.

**L'assunzione di bevande alcoliche** è un elemento storico della cultura italiana e piemontese, regione con diffuse ed importanti aree di viticoltura; le persone che consumano bevande alcoliche, pur essendo in diminuzione,

<sup>2</sup> Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N (a cura di). *L'Equità nella Salute in Italia – secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Franco Angeli Editore. Milano, 2014.

<sup>3</sup> [www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica)

continuano ad essere la maggioranza degli adulti (nel 2013 in Piemonte il 55% della popolazione tra 18 e 69 anni). Il consumo di alcol procapite e la mortalità alcol-attribuibile dell'Italia sono tra i più bassi a livello europeo. Soprattutto nelle giovani generazioni si assiste, però, alla sostituzione del modello di consumo mediterraneo, basato sull'assunzione quotidiana e moderata di vino, con modelli di consumo alcolico basati su un consumo occasionale e al di fuori dei pasti, più vicini ai modelli nord europei, che registrano un rilevante impatto in termini di morbosità e mortalità alcol correlati. Tra le modalità di consumo di alcol a maggior rischio per la salute, l'assunzione abituale elevata di bevande alcoliche appare la meno diffusa: tra 18 e 69 anni di età in Piemonte nel 2013 risulta il 4,4% rispetto al doppio (8,8%) di persone che consumano alcol prevalentemente fuori pasto e all'8,3% di persone con consumo *binge*, ovvero persone che negli ultimi 30 giorni hanno consumato in una singola occasione almeno 5, se uomini, o almeno 4, se donne, Unità Alcoliche (UA). Le persone di questa età che presentano almeno uno di questi comportamenti a maggior rischio risultano in Piemonte complessivamente "solo" il 18%, corrispondenti a oltre mezzo milione di persone; la prevalenza osservata risulta superiore a quello nazionale, come in quasi tutte le regioni del Nord Italia. Tra le ASL del Piemonte si osservano differenze anche significative con un range che va dal 15% dell'ASL CN2 al 25% delle ASL NO e VCO, che si differenziano dalle altre per una maggiore prevalenza di bevitori prevalentemente fuori pasto e "binge". Va sottolineato che tra i 18 e 24 anni PASSI (2010-2013) stima che i bevitori a maggior rischio salgono al 50% tra gli uomini ed al 33% tra le donne: in pratica, indipendentemente dal sesso, oltre il 60% delle persone che assumono bevande alcoliche lo fa con modalità a maggior rischio. In termini assoluti le persone che consumano alcol con modalità a rischio risultano più di 230mila tra i 18 e 34 anni e meno di 160mila in ciascuna delle classi di età 35-40 e 50-69 anni. Dal 2010 al 2013 questo indicatore non mostra diminuzioni significative. Una nota positiva per le azioni di prevenzione effettuate in questo ambito viene dall'osservazione che, tra il 2008 ed il 2013 in Piemonte, come nel resto del Nord Italia, si osserva un calo delle persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol (nel 2013 poco meno di 1 persona su 10 in età adulta).

È nota da tempo la relazione tra l'**eccesso ponderale** (sovrappeso e obesità) e numerose situazioni di rischio e malattie croniche (es: ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari). Tra le persone adulte (18-69 anni) in Piemonte più di 1 persona su 3 è in eccesso ponderale, con una prevalenza di persone sovrappeso e di persone obese che risulta minore di quanto osservato a livello nazionale (nel 2013 rispettivamente 27% vs 31% e 8% vs 10%). Tra le ASL del Piemonte il range osservato complessivamente per l'eccesso ponderale nel periodo 2010-2013 va dal 32% dell'ASL CN1 al 41% dell'ASL TO4.

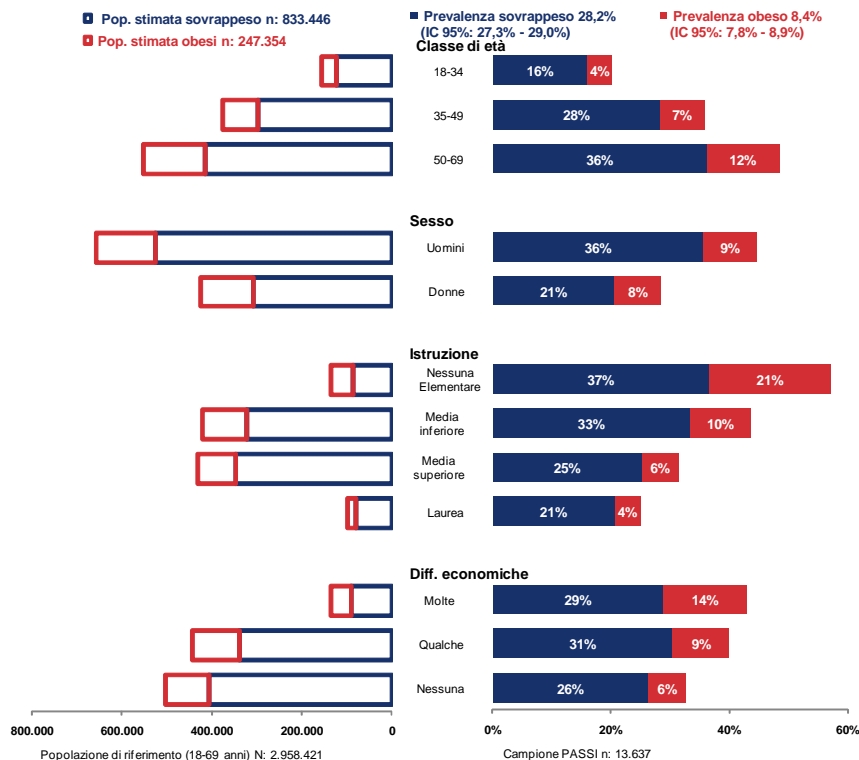


Figura 3. Eccesso ponderale.

La prevalenza di eccesso ponderale negli ultimi anni mostra variazioni non significative tra gli adulti e neppure tra i bambini (in 3° elementare nel 2012 in Piemonte sovrappeso 20,3%, obesità 8,0%).

La diffusione del sovrappeso mostra importanti differenze per età, genere e scolarità, quelle dell'obesità non sono particolarmente diverse per genere mentre triplicano passando dai 18-34 anni ai 50-69 anni (4% vs 14%), diventano 5 volte maggiori passando dai laureati alle persone con scolarità elementare (4% vs 21%) e raddoppiano tra coloro che non hanno difficoltà economiche e chi ne ha molte (6% vs 14%).

I risultati di Okkio alla salute danno evidenza di come la situazione nutrizionale non possa prescindere dalla situazione familiare e di come il percepito delle persone possa svolgere un ruolo determinante nel successo o nell'insuccesso degli interventi di prevenzione: tra le mamme dei bambini sovrappeso, quasi la metà ritiene che il peso del proprio figlio sia normopeso e circa 3 su 4 pensano che assuma una quantità corretta di cibo.

Un **regime alimentare ricco di frutta e verdura** rappresenta un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Complessivamente PASSI stima che tra i 18 e i 69 anni solo poco più di 1 persona su 10 (11%) assuma le 5 porzioni di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali, mentre quelle che ne assumono 3 o più arrivano ad essere più di 1 su 2 (54%). Questa prevalenza, superiore a quella osservata a livello di Pool nazionale, cambia soprattutto in relazione al genere (è minore tra gli uomini) e all'età (18-34 anni: 45%; 50-69 anni: 64%). Anche tra le ASL del Piemonte si osservano differenze di prevalenza del consumo di 3 dosi di frutta e/o verdura (range dal 41% dell'ASL VCO al 66% dell'ASL AT).

La popolazione adulta (18 e 69 anni) si divide in maniera complessivamente equivalente tra sedentari (30%), persone che fanno **attività fisica** in quantità inferiore a quanto richiesto dagli standard internazionali (37%) e le persone attive che fanno attività fisica secondo gli standard internazionali (33%). La distribuzione di queste categorie, non significativamente differente tra Piemonte e Pool nazionale, non mostra cambiamenti significativi tra il 2008 ed il 2013. Differenze significative si osservano tra le ASL: i sedentari variano dal 17% nell'ASL BI al 43% nell'ASL TO5. In Piemonte sono meno diffusi tra i laureati (21%) e tra le persone senza difficoltà economiche (26%) mentre risultano più diffusi tra le persone con scolarità bassa (35%) o con molte difficoltà economiche (35%). Probabilmente per lo svolgimento di attività lavorative che richiedono un rilevante impegno fisico, in questi ultimi sottogruppi risultano peraltro particolarmente frequenti anche le persone fisicamente attive (36% tra le persone con scolarità bassa e 39% tra quelle con molte difficoltà economiche).

Risulta stazionaria anche la prevalenza di persone con 3 anni o più che non praticano sport, ma con un valore decisamente inferiore in Piemonte rispetto a quello osservato in Italia (30% vs 39%).

## I fattori di rischio bersaglio del PRP e le disuguaglianze sociali

Nella scelta delle priorità da includere nel PRP è già stata utilizzata la prevalenza dei fattori di rischio prevenibili che maggiormente contribuiscono a spiegare il carico di malattia o il capitale di salute in una comunità. Tuttavia accanto a questa dimensione il piano richiede di considerarne una seconda, la presenza o meno di disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio, sotto la considerazione che l'impatto degli interventi può variare in base alla capacità di destinare le risorse di prevenzione in proporzione alla maggiore diffusione dei fattori di rischio tra i gruppi sociali più vulnerabili e al fatto che, parallelamente, gruppi sociali differenti possono richiedere approcci di prevenzione differenti. Per questo scopo il profilo di salute si conclude valutando il contributo delle disuguaglianze sociali nell'esposizione della collettività ad ogni fattore di rischio potenziale bersaglio del piano, in termini quota di esposti che sarebbe evitabile se fossero eliminate le disuguaglianze per livello di istruzione

I successivi grafici riportano la prevalenza (asse delle ascisse) e la frazione attribuibile alle disuguaglianze sociali (misurata in termini di livello di istruzione e riportata sull'asse delle ordinate) relative a 33 fattori di rischio bersaglio del Piano nazionale di prevenzione (suddivisi in categorie differenti sulla base dei macroobiettivi di riferimento) per i quali sono disponibili nelle fonti informative alcuni indicatori che fungano da *proxi* del loro andamento<sup>4</sup>. I dati, stratificati per genere e aggiustati per età, mostrano i valori negativi associati ad ogni fattore di rischio. Per esempio, la prevalenza del 55,7% dell'indicatore "carni" che poco più di 1 maschio piemontese ogni 2 ha un consumo errato di carne; parallelamente una frazione attribuibile del 4,5% significa che si potrebbe ridurre di tale quota il numero di abitanti con un apporto proteico carnivoro scorretto se si eliminassero le disuguaglianze (cioè se tutti adottassero gli schemi alimentari dei più istruiti). Gli indicatori per i quali si osserva

<sup>4</sup> I dati sono validi per la popolazione piemontese di età superiore ai 20 anni e sono stati rielaborati dal servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 a partire da fonti varie tra cui le Indagini multiscopo Istat "Aspetti di vita quotidiana" (pool anni 2009-2012), "Salute" (2013) e "Forza di lavoro" (2007), le indagini Passi (pool anni 2008-2013), l'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare (pool anni 2008-2012) e il Sistema Piemonte informatizzazione dipendenze (2013).

una frazione negativa presentano un gradiente sociale inverso nella popolazione: sono cioè i gruppi sociali più avvantaggiati ad aver adottato comportamenti o esposizioni più malsane. I grafici permettono di osservare come in Piemonte sia nella popolazione maschile sia in quella femminile gli indicatori con disuguaglianze sociali più marcate non siano quelli con una prevalenza maggiore in tutta la popolazione.

Tra gli uomini, a problemi con diffusione superiore al 30% – come ad esempio l’inattività fisica, l’eccesso di carni e l’insufficienza di frutta e verdura nella dieta, il fumo e il consumo abituale di alcol – corrispondono disuguaglianze sociali a carico dei meno istruiti di entità media, che spiegano fino al 20% di quella prevalenza. Altri stili di vita scorretti, come ad esempio l’apporto eccessivo di grassi o il tabagismo superiore alle 15 sigarette giornaliere, o fattori di rischio di natura diversa, come le esposizioni a rischi professionali e l’alcol, hanno invece una prevalenza inferiore ma essa sarebbe spiegata in buona parte dalle condizioni dei cittadini più svantaggiati. Il risultato sembra ovvio nel caso dei rischi professionali per i quali le maggiori esposizioni a polveri, rumori, cattive posizioni ergonomiche e al rischio di infortuni sono a carico dei lavoratori manuali che solitamente sono meno istruiti, e che quindi per il 70% sono attribuibili alle differenze sociali. Infine un ulteriore gruppo di fattori di rischio presenta invece un’importanza minore per diffusione nella popolazione generale (inferiore al 10%), ma spesso l’impatto delle disuguaglianze è molto elevato, come ad esempio il vivere in case insicure e quindi essere a rischio di infortuni domestici o l’aver guidato a meno di un’ora dall’ultima assunzione di bevande alcoliche nell’ultimo mese<sup>5</sup>.

Tra le donne si osserva un andamento simile, con le disuguaglianze che tendono a variare maggiormente quando i fattori di rischio hanno una prevalenza minore, mentre per le esposizioni più frequenti (che includono la sedentarietà e alcuni abitudini alimentari scorrette, oltre al non allattamento e alla copertura ancora non universale dei principali screening di popolazione) le disuguaglianze hanno un valore inferiore ma pur sempre intorno al 15-20%. Anche tra le donne le esposizioni professionali rappresentano la categoria di fattori di rischio maggiormente a carico, nel loro complesso, della popolazione svantaggiata, seppur in misura minore rispetto a quanto avviene tra gli uomini. Da segnalare, ancor più che nella popolazione maschile, l’importanza, in tema di disuguaglianze, dell’obesità e del consumo scorretto di grassi, spiegato rispettivamente per il 50% e il 35% dagli eccessi tra i gruppi meno istruiti. Un gradiente inverso si riscontra, come tra gli uomini, nella guida in stato di ebbrezza, nel numero di ore lavorate e nell’esposizione a discriminazioni in ambito lavorativo, e inoltre anche nel consumo abituale di alcol.

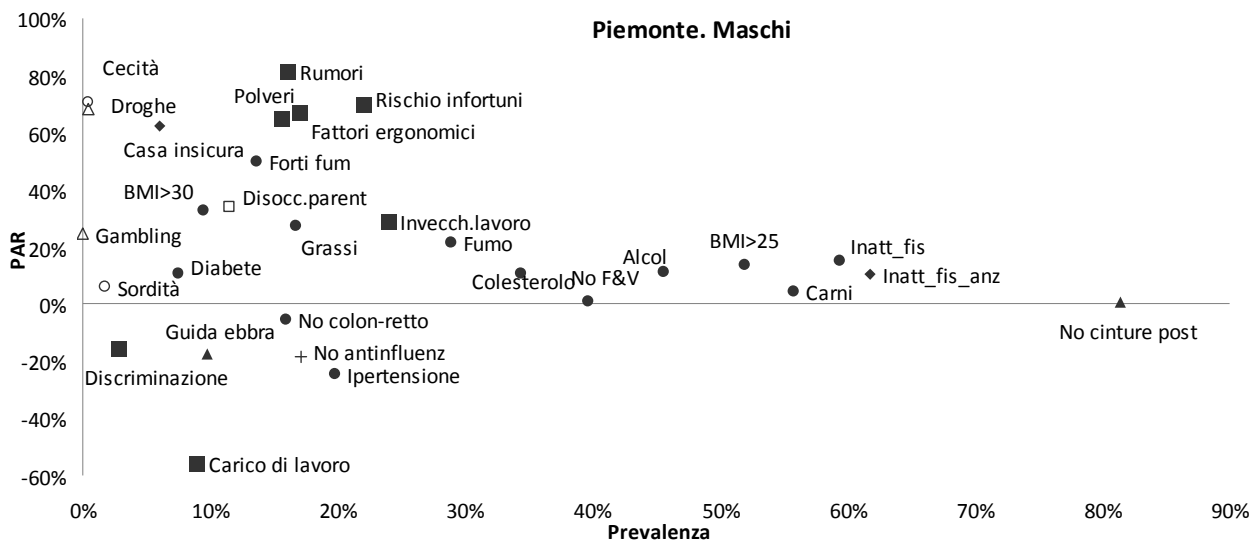


Figura 4. Disuguaglianze sociali nell’esposizione ai fattori di rischio maschile

<sup>5</sup> Ovviamente considerazioni di questo tipo non dovrebbero trascurare il fatto che anche prevalenze basse possono scaturire effetti nocivi sulla salute, anche peggiori di quelli causati da fattori di rischio con diffusione più ampia nella popolazione e che quindi il ranking delle priorità potrebbe variare una volta incluso il criterio delle “conseguenze sulla salute” derivante da una determinata esposizione.



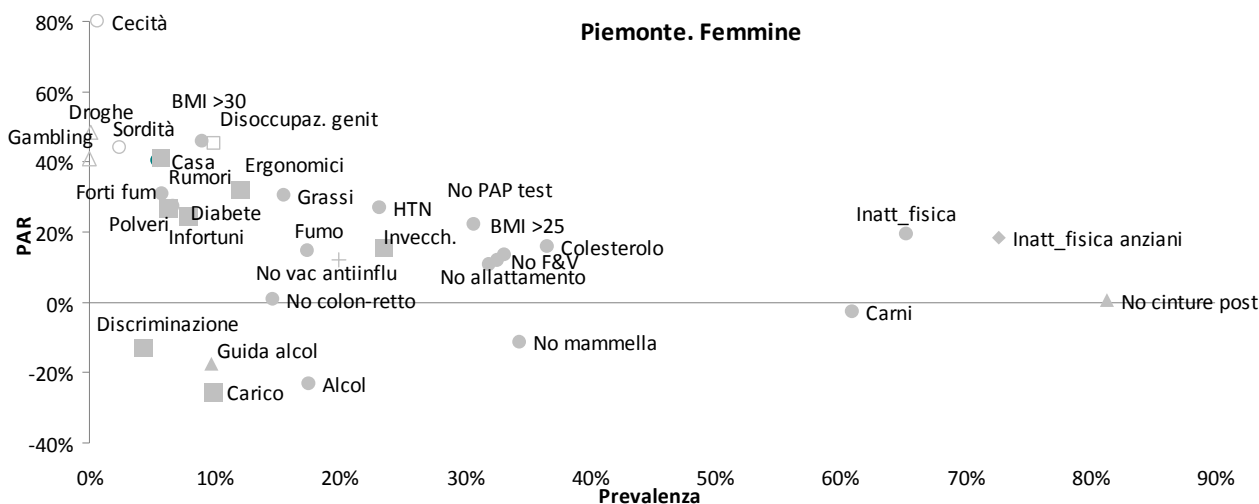


Figura 5. Disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio femminile

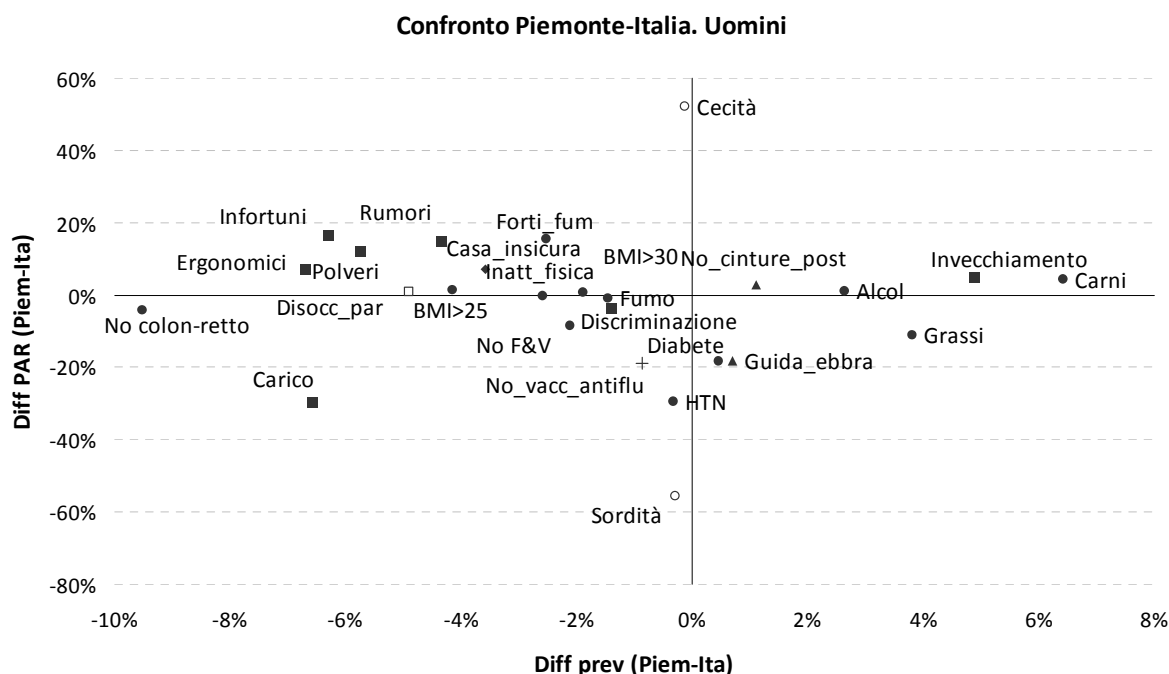


Figura 6. Esposizione ai fattori di rischio. Confronto Piemonte-Italia (uomini)

Nel complesso, rispetto al resto d'Italia, la popolazione piemontese risulta meno esposta alla maggioranza dei fattori di rischio considerati: eccessi considerevoli interessano unicamente il consumo eccessivo di carni e di grassi e di bevande alcoliche, mentre risultano essere minori che in altre Regioni il mancato ricorso agli screening diagnostici e le esposizioni ai rischi professionali. Queste ultime tuttavia presentano, in particolare tra gli uomini, un profilo maggiormente a carico dei meno istruiti. Disuguaglianze minori a quanto registrato nel resto d'Italia si hanno invece nella prevalenza di diabete, nel consumo di frutta e verdura e tra le donne nel mancato accesso agli screening mammografici.

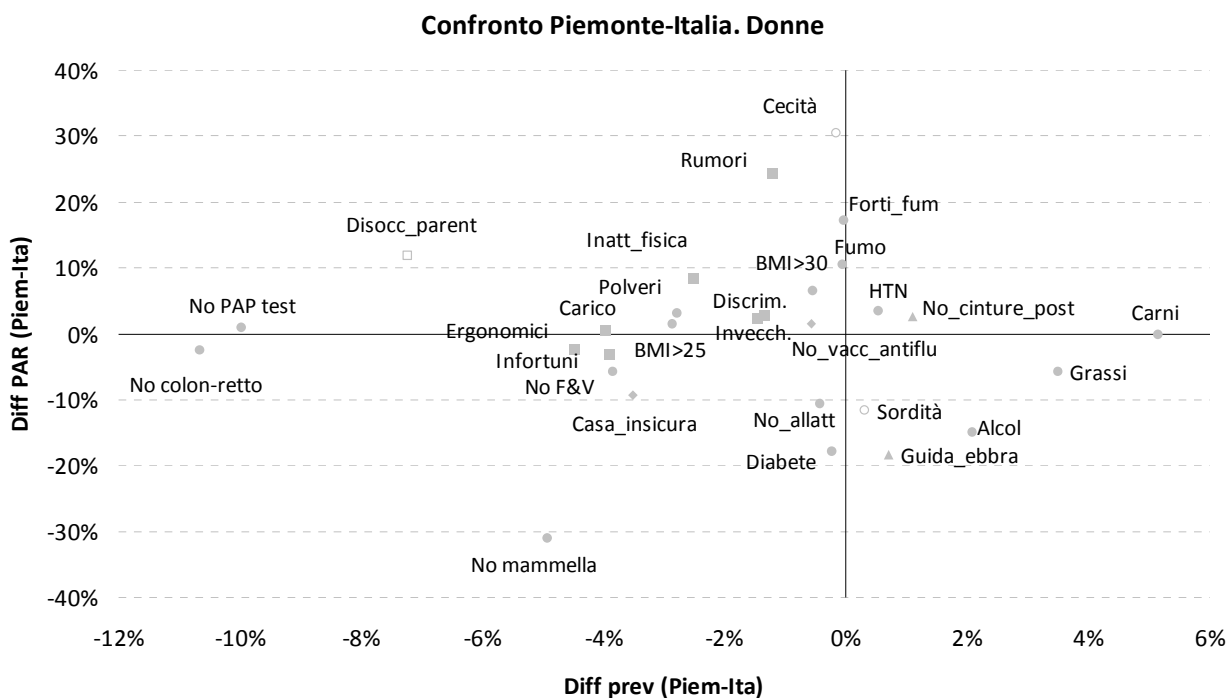
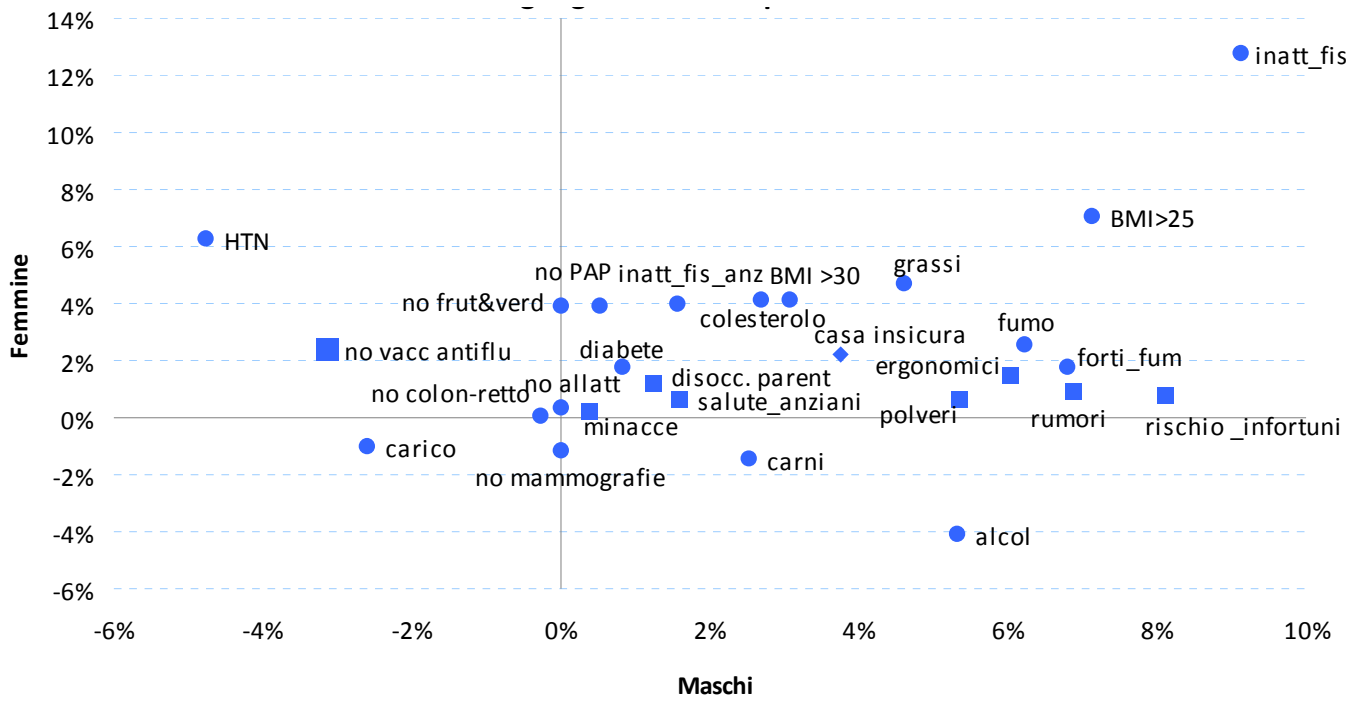


Figura 7. Esposizione ai fattori di rischio. Confronto Piemonte-Italia (donne)

Per comprendere con più chiarezza quali siano i fattori di rischio verso i quali converrebbe in misura maggiore orientare gli interventi di prevenzione di contrasto alle disuguaglianze, in termini di benefici di salute potenzialmente guadagnabili, occorre utilizzare come indicatore l’impatto, cioè la percentuale di riduzione della prevalenza di un fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le differenze sociali nell’esposizione al medesimo. Rispetto alla frazione attribuibile (che dipende unicamente dalla ampiezza delle differenti esposizioni associate alle diverse categorie del titolo di studio e dalla distribuzione specifica del titolo di studio nella popolazione) esso tiene dunque in considerazione anche il livello generale della prevalenza di un fattore di rischio. Disuguaglianze di entità simile nell’esposizione ad un fattore di rischio possono infatti coesistere con livelli differenti di prevalenza e laddove la prevalenza è maggiore anche l’impatto sarà più grande. Parimenti a livelli di prevalenza complessivi simili possono corrispondere frazioni attribuibili differenti: l’impatto sarà maggiore laddove le disuguaglianze nell’esposizione saranno più ampie. Infine, un ultimo aspetto da considerare in modo da garantire la comparabilità tra fattori di rischio differenti riguarda il riporto all’intera popolazione dei valori riportati dai singoli indicatori. Alcuni di essi infatti sono stati calcolati su sottogruppi particolari della popolazione (come ad esempio le esposizioni ai rischi professionali che sono stati conteggiate unicamente sui cittadini attivi con età compresa tra i 15 e i 64 anni) e le stime sui potenziali impatti richiedono dunque di essere riconteggiate sul totale dei piemontesi.

Come osservabile dal grafico successivo, che include le osservazioni sopra citate, i maggiori guadagni di salute potrebbero avvenire in entrambi i generi attraverso l’eliminazione (o la riduzione) delle disuguaglianze nei livelli di attività fisica, nelle condizioni di sovrappeso e nel consumo eccessivo di grassi. Tra i maschi inoltre livelli simili di beneficio (compresi tra il 6% e il 9%) si avrebbero promuovendo l’equità nelle esposizioni ai rischi professionali, nel consumo di alcol e di tabacco, mentre tra le donne interventi più promettenti sembrerebbero, oltre a quelli già citati, orientati a contrastare le disuguaglianze nel consumo di frutta e verdura.



**Figura 8.** Riduzione % del numero di esposti (sul totale della popolazione) derivante dall'eliminazione delle disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio

## Struttura, salute e bisogni della popolazione piemontese

	Piemonte		Italia	
	2007	2013	2007	2013
<b>Demografia</b>				
<b>Struttura demografica</b>				
Abitanti <sup>1</sup>	4.332.069	<b>4.436.798</b>	58.652.875	<b>60.782.668</b>
Età media <sup>1</sup>	45,1	<b>45,9</b>	42,9	<b>44,2</b>
Popolazione ≥ 65 anni (x 100) <sup>1</sup>	22,9	<b>24,1</b>	20,1	<b>21,4</b>
Popolazione ≥ 75 anni (x 100) <sup>1</sup>	10,8	<b>12,3</b>	9,6	<b>10,7</b>
Popolazione ≥ 85 anni (x 100) <sup>1</sup>	2,6	<b>3,4</b>	2,3	<b>3,1</b>
Indice di vecchiaia (x 100) <sup>1</sup>	182,4	<b>185,7</b>	142,3	<b>154,1</b>
Indice di dipendenza (x 100) <sup>1</sup>	54,9	<b>58,8</b>	52,0	<b>54,6</b>
Indice di ricambio (x 100) <sup>2</sup>	148,3	<b>150,1</b>	113,8	<b>126,7</b>
Età media forza lavoro (2005-2012) <sup>a</sup>	39,6	<b>42,0</b>	39,2	<b>41,4</b>
<b>Fecondità</b>				
Indice di fecondità (x 1.000 donne 15-49 anni) <sup>3</sup>	39,4	<b>37,8</b>	39,8	<b>37,5</b>
Numero medio figli per donna <sup>1</sup>	1,37	<b>1,42</b>	1,40	<b>1,39</b>
Numero medio figli donne italiane <sup>2</sup>	1,19	<b>1,26</b>	1,28	<b>1,29</b>
Numero medio figli donne straniere <sup>2</sup>	2,43	<b>2,32</b>	2,40	<b>2,37</b>
<b>Dinamica di popolazione</b>				
Numero di nati <sup>3</sup>	38.580	<b>35.654</b>	564.365	<b>514.308</b>
Numero di deceduti <sup>3</sup>	47.943	<b>50.077</b>	572.881	<b>600.744</b>
Tasso di natalità (x 1.000) <sup>1</sup>	9,0	<b>8,1</b>	9,7	<b>8,5</b>
Tasso di mortalità (x 1.000) <sup>1</sup>	11,0	<b>111,4</b>	9,8	<b>10,0</b>
Saldo migratorio totale (x 1.000) <sup>2</sup>	+ 12,9	<b>+ 17,5</b>	+ 7,5	<b>+ 19,7</b>
Saldo migratorio con estero (x 1.000) <sup>2</sup>	+ 12,5	<b>+ 2,5</b>	+ 7,5	<b>+ 3,0</b>
Stranieri residenti (x 100) <sup>1</sup>	5,8	<b>9,6</b>	5,0	<b>8,1</b>

<sup>a</sup> Elaborazione Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat Indagini sulla salute 2005 e 2012.

---

**Caratteristiche sociali**


---

Persone con almeno la licenza media superiore 25-64 anni (x 100) <sup>4</sup>	53,6	<b>57,8</b>	52,3	<b>57,2</b>
Tasso di disoccupazione (x 100) <sup>5</sup>	4,2	<b>9,2</b>	6,1	<b>10,7</b>
Tasso di disoccupazione giovanile (x 100) <sup>5</sup>	14,3	<b>31,9</b>	20,3	<b>35,3</b>
Giudizio sulle risorse economiche: assolutamente insufficienti o scarse	40,0	<b>41,9</b>	43,7	<b>47,1</b>
Densità abitativa (per 100 m <sup>2</sup> ) <sup>6</sup>	2,5	<b>2,3</b>	2,7	<b>2,4</b>
Famiglie monocomponente (x 100) <sup>3</sup>	30,3	<b>32,8</b>	26,3	<b>30,2</b>
Popolazione ≥ 65 anni che vive sola (x 100) <sup>3</sup>	30,5	<b>30,7</b>	27,1	<b>29,5</b>
Occupati agricoltura (x 100) <sup>5</sup>	3,5	<b>3,0</b>	4,0	<b>3,7</b>
Occupati servizi (x 100) <sup>5</sup>	61,1	<b>63,7</b>	65,9	<b>68,5</b>
Occupati industria (x 100) <sup>5</sup>	35,4	<b>33,3</b>	30,2	<b>27,8</b>

---

**Indicatori generali stato di salute**


---

Tasso di mortalità infantile (per 10.000 nati vivi) (anno 2012) <sup>3</sup>	28,0	<b>23,2</b>	33,4	<b>32,0</b>
Speranza di vita alla nascita: uomini <sup>1</sup>	78,4	<b>79,7</b>	78,6	<b>79,8</b>
Speranza di vita alla nascita: donne <sup>1</sup>	83,9	<b>84,6</b>	83,9	<b>84,6</b>
Speranza di vita a 65 anni: uomini <sup>1</sup>	17,6	<b>18,5</b>	17,8	<b>18,6</b>
Speranza di vita a 65 anni: donne <sup>1</sup>	21,5	<b>22,0</b>	21,4	<b>22,0</b>
Speranza di vita in buona salute alla nascita uomini <sup>4</sup>	58,3 <sup>b</sup>	<b>61,3<sup>c</sup></b>	57,7 <sup>b</sup>	<b>59,8<sup>c</sup></b>
Speranza di vita in buona salute alla nascita donne <sup>4</sup>	55,3 <sup>c</sup>	<b>57,8<sup>b</sup></b>	55,1 <sup>c</sup>	<b>57,3<sup>b</sup></b>
Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni uomini <sup>4</sup>	10,2 <sup>d</sup>	<b>10,5<sup>c</sup></b>	9,0 <sup>d</sup>	<b>9,9<sup>c</sup></b>
Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni donne <sup>4</sup>	11,3 <sup>d</sup>	<b>11,2<sup>c</sup></b>	8,9 <sup>d</sup>	<b>9,4<sup>c</sup></b>

---

<sup>b</sup> Anno 2009.

<sup>c</sup> Anno 2012.

<sup>d</sup> Anno 2008.

Giudizio negativo sul proprio stato di salute (x 100 std) uomini > 14 anni <sup>7</sup>	5,3 <sup>e</sup>	<b>4,8</b>	6,3 <sup>e</sup>	<b>6,2</b>
Giudizio negativo sul proprio stato di salute (x 100 std) donne > 14 anni <sup>7</sup>	7,0 <sup>e</sup>	<b>6,4</b>	8,4 <sup>e</sup>	<b>8,4</b>
Persone con almeno una malattia cronica (x 100 std) uomini <sup>7</sup>	13,7 <sup>e</sup>	<b>13,9</b>	15,9 <sup>e</sup>	<b>15,9</b>
Persone con almeno una malattia cronica (x 100 std) donne <sup>7</sup>	11,4 <sup>e</sup>	<b>12,6</b>	13,1 <sup>e</sup>	<b>13,7</b>
Persone con almeno una malattia cronica ≥ 65 anni (x 100 std) uomini <sup>7</sup>	42,9 <sup>e</sup>	<b>43,8</b>	47,8 <sup>e</sup>	<b>48,3</b>
Persone con almeno una malattia cronica ≥ 65 anni (x 100 std) donne <sup>7</sup>	33,6 <sup>e</sup>	<b>35,1</b>	39,8 <sup>e</sup>	<b>41,1</b>
Indice di salute fisica uomini (2005-2013) <sup>a</sup>	51,1	<b>52,1</b>	50,6	<b>51,5</b>
Indice di salute fisica donne (2005-2013) <sup>a</sup>	49,9	<b>50,6</b>	49,2	<b>50,0</b>
Indice di salute psicologica uomini (2005-2013) <sup>a</sup>	50,6	<b>50,1</b>	50,8	<b>50,0</b>
Indice di salute psicologica donne (2005-2013) <sup>a</sup>	48,1	<b>47,8</b>	48,4	<b>47,9</b>
Indice di salute mentale uomini (2005-2013) <sup>a</sup>	74,3	<b>72,6</b>	74,2	<b>72,3</b>
Indice di salute mentale donne (2005-2013) <sup>a</sup>	69,1	<b>67,9</b>	69,5	<b>68,3</b>

### Tassi standardizzati di mortalità per 10.000

#### Uomini

Tutte le cause (anno 2012) <sup>3</sup>	113,9	<b>104,6</b>	110,4	<b>103,3</b>
Malattie infettive (anno 2012) <sup>3</sup>	1,77	<b>2,49</b>	1,54	<b>2,10</b>
Tumori (anno 2012) <sup>3</sup>	38,27	<b>35,04</b>	36,80	<b>34,31</b>
M. sistema circolatorio (anno 2012) <sup>3</sup>	40,83	<b>34,82</b>	39,80	<b>35,30</b>
M. apparato respiratorio (anno 2012) <sup>3</sup>	9,70	<b>9,25</b>	8,91	<b>8,44</b>
M. apparato digerente (anno 2012) <sup>3</sup>	4,40	<b>4,08</b>	4,40	<b>3,95</b>
Cause accidentali (anno 2012) <sup>3</sup>	5,72	<b>4,77</b>	5,29	<b>4,67</b>
Cause fumo-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>	20,3	<b>18,8</b>	f	f
Cause alcool-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>	2,7	<b>2,5</b>	f	f
Cause evitabili con prevenzione primaria (anno 2011) <sup>9</sup>	14,7	<b>13,5</b>	f	f
Cause evitabili con prevenzione secondaria (anno 2011) <sup>9</sup>	2,3	<b>2,2</b>	f	f
Cause evitabili con trattamenti (anno 2011) <sup>9</sup>	6,1	<b>5,9</b>	e	e

<sup>e</sup> Anno 2005.

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

<b>Donne</b>				
Tutte le cause (anno 2012) <sup>3</sup>	70,6	<b>67,9</b>	70,1	<b>67,4</b>
Malattie infettive (anno 2012) <sup>3</sup>	1,01	<b>1,82</b>	0,94	<b>1,40</b>
Tumori (anno 2012) <sup>3</sup>	20,43	<b>19,76</b>	19,62	<b>19,07</b>
M. sistema circolatorio (anno 2012) <sup>3</sup>	28,37	<b>24,78</b>	28,93	<b>25,66</b>
M. apparato respiratorio (anno 2012) <sup>3</sup>	4,25	<b>4,50</b>	3,78	<b>3,95</b>
M. apparato digerente (anno 2012) <sup>3</sup>	3,12	<b>2,59</b>	2,84	<b>2,57</b>
Cause accidentali (anno 2012) <sup>3</sup>	2,25	<b>1,99</b>	2,27	<b>2,16</b>
Cause fumo-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>	5,7	<b>5,2</b>	f	f
Cause alcool-correlate (anno 2011) <sup>8</sup>	1,0	<b>0,9</b>	f	f
Cause evitabili con prevenzione primaria (anno 2011) <sup>9</sup>	3,9	<b>3,7</b>	f	f
Cause evitabili con prevenzione secondaria (anno 2011) <sup>9</sup>	4,0	<b>3,9</b>	f	f
Cause evitabili con trattamenti (anno 2011) <sup>9</sup>	3,0	<b>3,0</b>	f	f
<b>Stili di vita</b>				
	<b>2008</b>	<b>2013</b>	<b>2008</b>	<b>2013</b>
<b>Fumo</b>				
Fumatori 18-69 anni (x 100) <sup>10</sup>	28,8	<b>25,7</b>	29,9	<b>27,2</b>
Ex fumatori 18-69 anni (x 100) <sup>10</sup>	21,1	<b>18,3</b>	19,5	<b>17,8</b>
Fumatori 18-69 anni che hanno cercato di smettere nell'ultimo anno (x 100) <sup>10</sup>	39,8	<b>39,1</b>	37,2	<b>40,4</b>
Persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici (x 100) <sup>10</sup>	93,1	<b>95,8</b>	87,2	<b>90,6</b>
Persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi di lavoro (x100) <sup>10</sup>	90,9	<b>93,0</b>	87,1	<b>91,5</b>
<b>Alcol</b>				
Persone 18-69 anni che consumano alcol (x 100) <sup>10</sup>	62,0	<b>55,7</b>	59,3	<b>54,5</b>
Persone 18-69 anni con consumo di alcol abituale elevato (x 100) <sup>10</sup>	6,0	<b>4,4</b>	5,4	<b>3,6</b>
Persone 18-69 anni con consumo di alcol prevalentemente fuori pasto (x 100) <sup>10</sup>	8,6	<b>8,8</b>	8,2	<b>7,8</b>
Persone 18-69 anni con consumo "binge" (x 100) <sup>10</sup>	g	<b>8,3</b>	g	<b>8,8</b>
Persone 18-69 anni con consumo a rischio (x 100) <sup>10</sup>	g	<b>18,2</b>	g	<b>16,7</b>
Persone 18-69 anni con guida sotto l'effetto dell'alcol (x 100) <sup>10</sup>	11,3	<b>8,8</b>	8,7	<b>8,7</b>

<sup>g</sup> Non confrontabile con 2013 per definizioni con soglie di consumo differenti.

**Sovrappeso e obesità**

Bambini 8-9 anni in sovrappeso (x 100) <sup>11</sup>	19,5	<b>20,3</b>	23,1	<b>22,2</b>
Bambini 8-9 anni obesi (x 100) <sup>11</sup>	7,8	<b>8,0</b>	11,5	<b>10,6</b>
Persone 18-69 anni in sovrappeso (BMI tra 25,0 e 29,9) (x 100) <sup>11</sup>	29,5	<b>27,3</b>	31,6	<b>31,4</b>
Persone 18-69 anni obese (BMI $\geq$ 30) (x 100) <sup>10</sup>	9,1	<b>8,2</b>	10,3	<b>10,4</b>

**Attività fisica**

Persone che non praticano sport $\geq$ 3 anni (x 100) <sup>12</sup>	30,0	<b>29,7</b>	39,5	<b>39,2</b>
Persone 18-69 anni sedentarie (x 100) <sup>10</sup>	27,2	<b>31,2</b>	29,4	<b>30,7</b>
Persone 18-69 anni attive (x 100) <sup>10</sup>	33,8	<b>32,6</b>	32,5	<b>33,4</b>

1. Fonte: ISTAT - <http://dati.istat.it/> - Sezione Popolazione e Famiglia - Popolazione - Indicatori demografici.
2. Fonte: ISTAT - Demografia in cifre - <http://demo.istat.it/>
3. Fonte ISTAT - Health for All - Versione dicembre 2014 - [www.istat.it/it/archivio/14562](http://www.istat.it/it/archivio/14562)
4. Fonte: ISTAT - Rapporto BES 2013 - [www.istat.it/it/files/2013/03/Rapporto-Bes-2013-appendice-tavole.zip](http://www.istat.it/it/files/2013/03/Rapporto-Bes-2013-appendice-tavole.zip)
5. Fonte: ISTAT - Rilevazione trimestrale sulle forze di lavoro (I.ISTAT).
6. Fonte: Censimenti della popolazione e delle abitazioni 2001 e 2011 - <http://dawinci.istat.it/jsp/MD/dawinciMD.jsp> e <http://dati-censimentopopolazione.istat.it/>
7. Fonte: <http://www.istat.it/it/archivio/128176>
8. Elaborazione Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat. Per le cause di morte alcool-correlate è stata utilizzata la classificazione proposta dal CDC di Atlanta (CDC. About ARDI. Alcohol-related ICD codes. <https://apps.nccd.cdc.gov/ARDI/AboutARDICrosswalk.htm>. DC. e About ARDI. Alcohol-attributable fractions report. <https://apps.nccd.cdc.gov/ARDI/Report.aspx?T=AAF&P=f214cf69-cad7-496f-ace2-2a09b9d6a126&R=804296a0-ac47-41d3-a939-9df26a176186>); per le cause fumo correlate la classificazione proposta da Single E, Rehm J, Robson L, Truong MV. The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ* 2000;62:1669-75.
9. Elaborazione Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 su dati Istat. Per le cause di morte evitabili correlate ai livelli di assistenza è stata utilizzata la classificazione proposta da: ERA-Epidemiologia e Ricerca Applicata. Mortalità evitabile per genere e Usl. Atlante 2007. <http://www.e-r-a.it/>
10. Fonte: PASSI [www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni); [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi)
11. Fonte: Okkio alla salute (indagini 2008 e 2012) [www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni](http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/958-okkio-alla-salute-fascia-deta-6-10-anni); [www.epicentro.iss.it/okkioallasalute](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute)
12. Fonte: ISTAT - <http://dati.istat.it/> - Sezione Cultura, comunicazione, tempo libero, uso del tempo.













Figura 4. Obesità e sovrappeso per genere nelle tre fasce di età. HBSC 2012

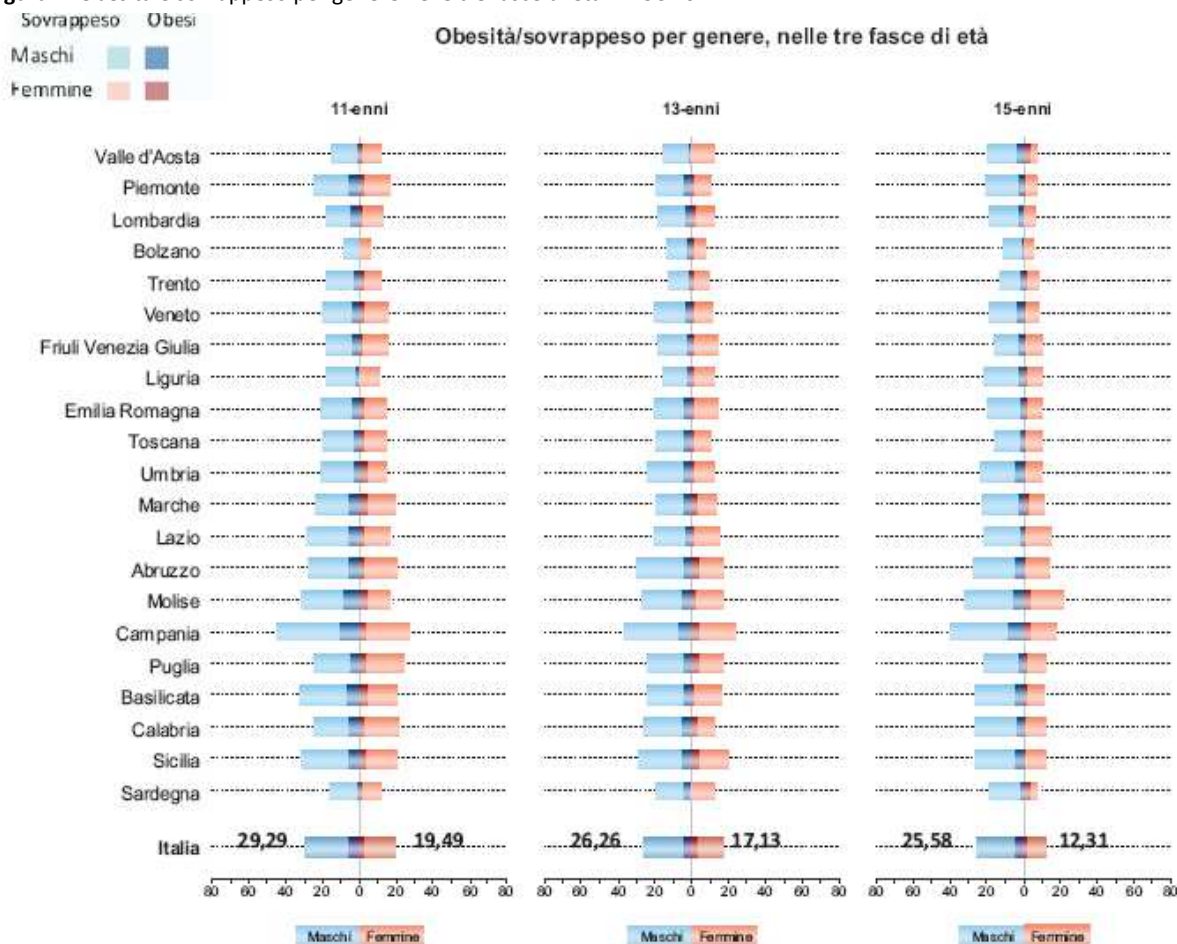


Figura 5. Attività fisica: almeno 1 ora al giorno per più di 3 gg a settimana. HBSC 2012

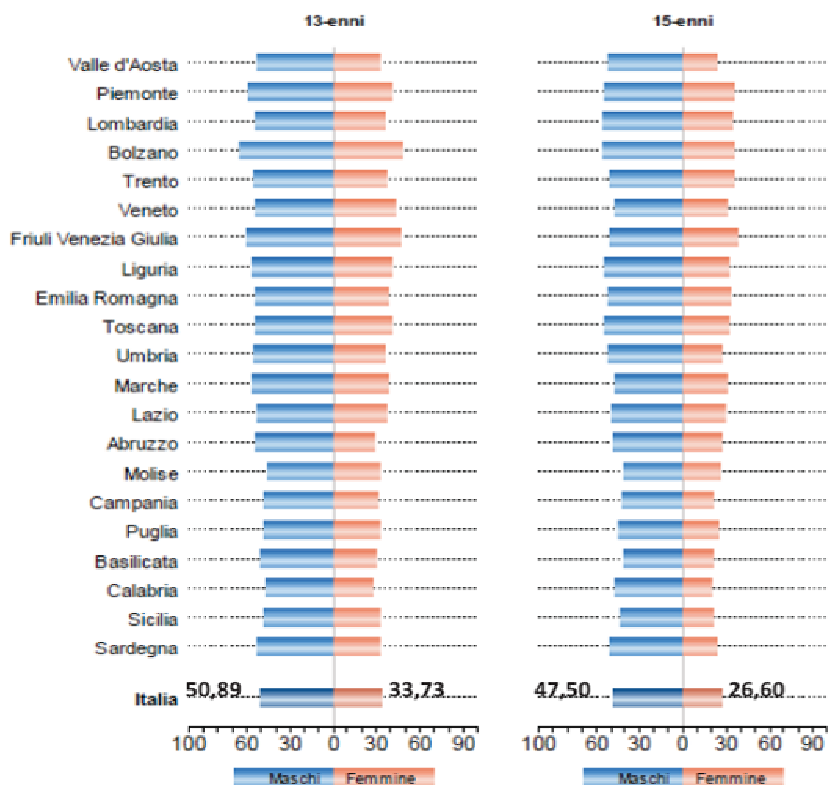


Figura 6. Consumo di alcol almeno 1 volta a settimana HBSC 2012

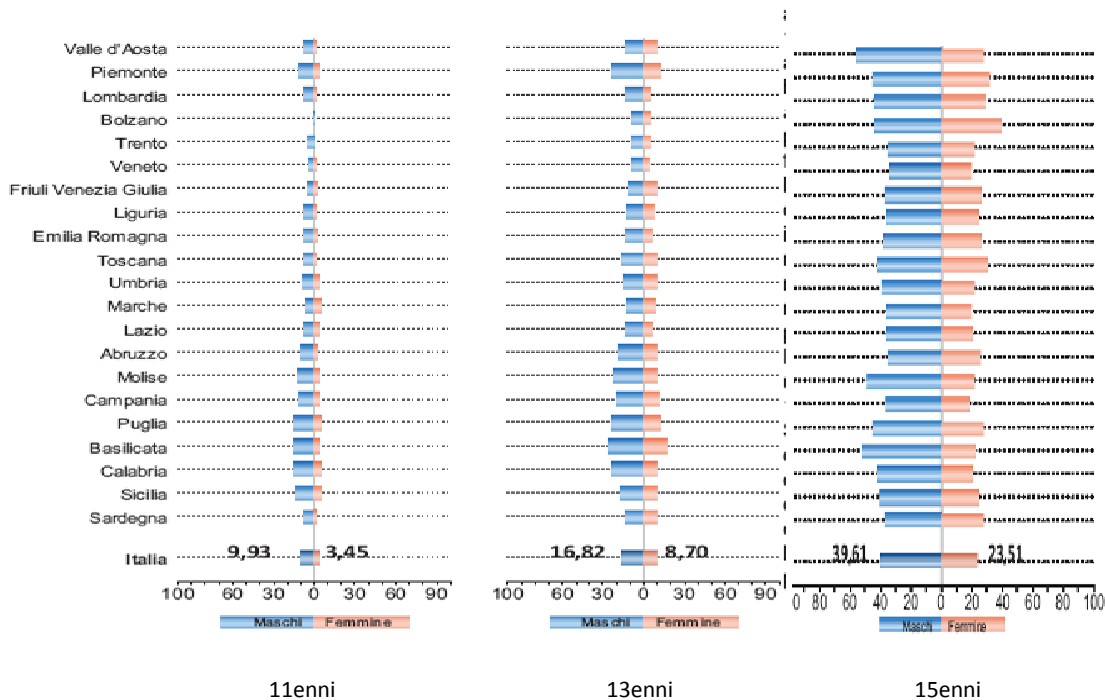
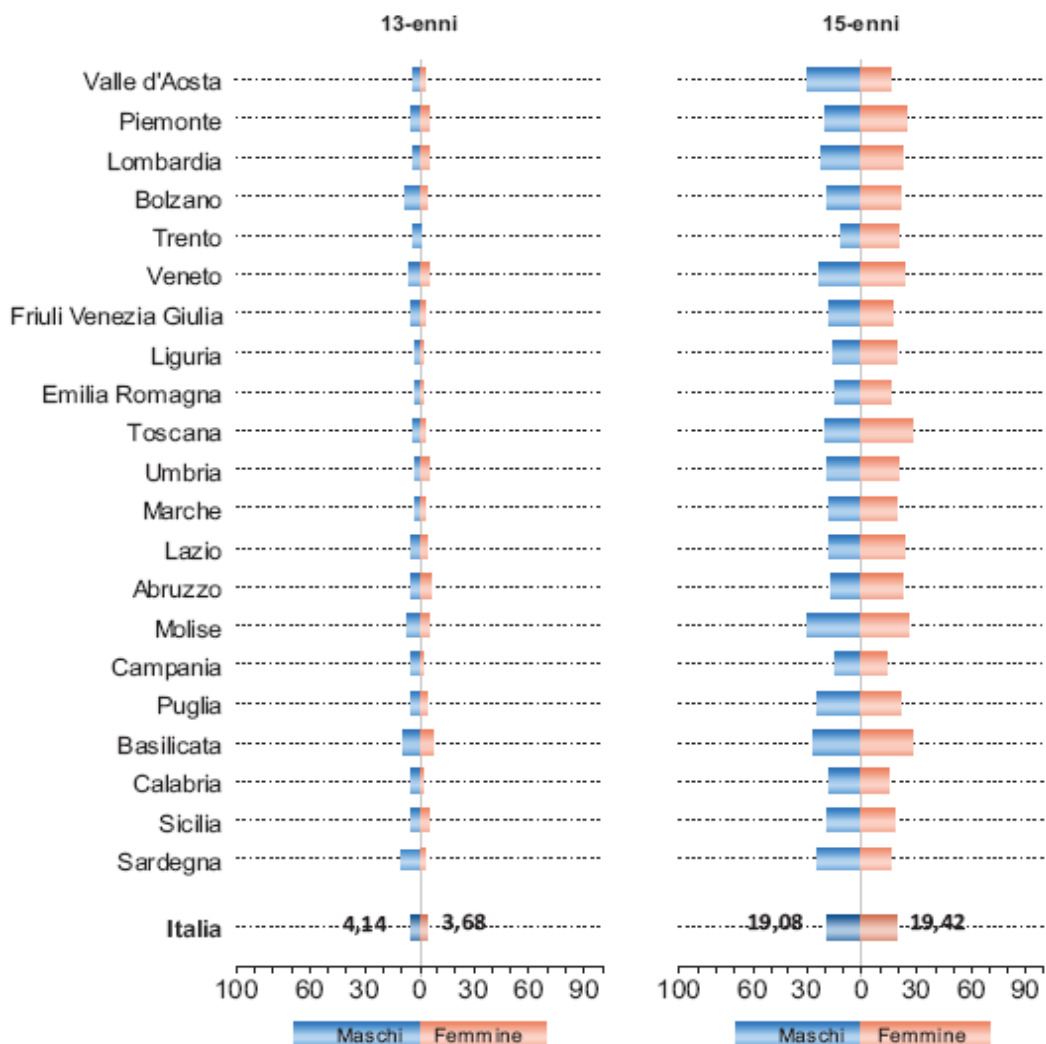


Figura 7. Abitudine al fumo: fumo almeno 1 volta alla settimana HBSC 2012



Dai dati dello **studio ESPAD 2012** (*European school survey project on alcohol and other drugs*) si ricavano informazioni sull'uso di **alcol** nella popolazione degli studenti delle scuole superiori della Regione; i dati sono stati raccolti con un questionario anonimo su un campione di studenti tra i 15 e i 19 anni: l'83% degli studenti piemontesi ha bevuto alcolici (vino, liquori, birra e drink leggeri) almeno una volta negli ultimi 12 mesi (in Italia l'81%), tra questi il 19% dei maschi e il 6% delle femmine lo ha consumato 40 o più volte.

Tra i maschi la birra è più consumata (65% contro il 43% delle femmine) mentre drink, vino e liquori sono consumati rispettivamente dal 54%, 51% e 52% dei maschi e dal 45%, 43% e 46% delle femmine. Il primo contatto con la birra avviene intorno ai 13 anni, un anno dopo i liquori.

Si beve al bar e in discoteca ma anche a casa propria o di amici.

La pratica del binge drinking nei trenta giorni precedenti la compilazione del questionario è stata del 34% (35% in Italia); tale pratica aumenta con l'aumentare dell'età, nei maschi si passa dal 22% a 15 anni al 50% a 19 anni, nelle femmine dal 18% al 33%. L'età media della prima ubriacatura per entrambi i sessi è intorno ai 15 anni.

Il 59,7% degli studenti piemontesi ha provato, almeno una volta a fumare e il 22,6% nell'ultimo anno ha fumato quotidianamente almeno una sigaretta (in Italia rispettivamente il 60,9% e il 25,4%).

Fumare almeno una sigaretta al giorno nel corso dell'ultimo anno ha riguardato il 24% della popolazione studentesca maschile ed il 21,3% di quella femminile ed è direttamente correlato all'età, raggiungendo a 19 anni il 37,8% tra i maschi e il 30,4% tra le femmine. L'incremento maggiore si ha tra i 15 e i 16 anni. La percentuale dei fumatori in Piemonte è inferiore a quella italiana.

La prevalenza più alta di chi ha provato almeno una volta si registra nella provincia di Biella (62%).

Dal 2009 al 2012 la prevalenza regionale riferita all'aver fumato almeno una sigaretta è passata dal 64,4% al 59,7% così come il fumare almeno una sigaretta al giorno è passato dal 28,1% del 2009 al 22,6% nel 2012; il decremento è più accentuato tra le ragazze.

La cannabis è la sostanza illecita più diffusa, il 23,3% degli studenti piemontesi riferisce di averla usata almeno una volta nell'ultimo anno, il trend è però in diminuzione passando dal 28% del 2006 al 23% del 2012; il fenomeno riguarda tutta l'Italia.

L'età media di inizio è 15 anni e tra i maschi l'uso è più frequente.

Eccetto che per l'uso di stimolanti, tutte le altre sostanze sono in aumento; in particolare le sostanze sintetiche, soprattutto gli allucinogeni.

Il 4% dei maschi ed il 2% delle femmine ha fatto uso di cocaina nei 12 mesi precedenti la compilazione del questionario; tale percentuale sale tra i maschi diciannovenni al 5,9%, inferiore di un punto percentuale rispetto ai coetanei nazionali.

Anche per eroina, stimolanti e allucinogeni sono i maschi i maggiori consumatori; le percentuali di consumo sono tra i maschi rispettivamente del 2%, il 3,1% e il 4% e tra le ragazze l'1%, l'1,6% e l'1,7%; tra questi, circa un terzo è un consumatore abituale.

L'età media del primo uso per tutte le sostanze è intorno ai 15/16 anni.

I luoghi dove reperire le sostanze sono le discoteche e i concerti; la cannabis anche per strada, altre sostanze direttamente dallo spacciatore.

Un altro dato di cui tenere conto a livello piemontese è quello legato al coinvolgimento giovanile nel **gioco d'azzardo**: oltre il 40% dei giovani tra i 14 e i 19 anni dichiara di aver provato a giocare almeno una volta. Sull'educazione e la prevenzione al gioco d'azzardo la Regione Piemonte nel recente passato si era attivata con una campagna rivolta alle scuole ed aveva coinvolto 8.000 studenti. Questi dati piemontesi sembrano in linea con uno **studio** condotto **dall'Istituto di Fisiologia Clinica di Pisa** nel 2014 (Istituto di Fisiologia Clinica) che evidenzia un trend in discesa, tra gli studenti di 15-19 anni giocatori d'azzardo che sono passati da una percentuale del 47% del 2009 a una del 39% nel 2014. La diminuzione ha interessato in particolare i ragazzi considerati a rischio e/o problematici (che preferiscono giochi a vincita immediata e quelli on-line e investono cifre considerevoli).

Questi risultati positivi potrebbero, in parte, attribuirsi ai programmi sulla prevenzione della dipendenza condotti nelle scuole. Un dato significativo è che all'aumentare delle azioni preventive corrisponde una diminuzione dei giovani giocatori problematici o a rischio, a vantaggio della quota dei cosiddetti giocatori sociali per i quali il gioco non ha una valenza patologica. I più attratti dal gioco sono i maschi, 49% contro il 30% delle femmine e i ragazzi più grandi.



## Obiettivi e attività del Programma in continuità con il PRP 2010-2014

Una attiva collaborazione interistituzionale e modalità congiunte di programmazione della salute in ambito scolastico hanno posto le basi per interventi che sostengano lo sviluppo di competenze trasversali per far sì che i comportamenti salutari vengano assunti il più precocemente possibile e diventino per ciascuno un valore da perseguire negli anni. È importante ricordare che a livello centrale si parte da:

- un Protocollo d'intesa tra Regione e USR sulle attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole, siglato il 29 /9/ 2011 n. Rep. 16400 (già rinnovato nel 2015);
- linee guida congiunte deliberate per tutti gli anni scolastici del periodo 2010-2014 definite per orientare le scuole e individuare priorità di azione;
- un percorso congiunto di ricerca-azione regionale per la costruzione e sperimentazione del profilo di salute nella scuola che ha posto le basi per un percorso ancora attivo e ha permesso alla nostra regione l'ingresso all'interno del network europeo SHE come Rete Regionale Piemontese delle Scuole che Promuovono Salute (2014).

## Obiettivi e azioni che si svilupperanno con il PRP 2015-2018 tengono in considerazione e proseguono quanto sviluppato con i PLP 2013 e con le attività programmate a livello locale per il 2014

I precedenti PLP hanno, principalmente, lavorato, su:

- l'esistenza e/o la formazione di gruppi aziendali multidisciplinari coerenti con il programma Guadagnare Salute Piemonte;
- la valorizzazione delle risorse esistenti e la creazione di reti a livello locale;
- lo sviluppo delle competenze degli operatori;
- una forte offerta educativa/formativa su stili di vita per le scuole (insegnanti e/o allievi) e il potenziamento della collaborazione tra Ambiti territoriali scolastici e ASL;
- la partecipazione a progetti CCM quali ad esempio: Diari di salute (con capofila Regione Piemonte, rivolto a preadolescenti), Azioni per la Carta di Toronto;
- l'interesse/impegno a rafforzare la comunicazione aziendale: newsletter e spazi web su stili di vita, social network, organizzazione di eventi stabili annuali, comunicazione e diffusione dei dati delle sorveglianze;
- l'utilizzo dei contesti aggregativi (Centri per anziani, Centri o spazi per adolescenti, eventi/feste, ...) per diffondere informazioni su stili di vita salutari.

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva

Per progettare e sperimentare programmi e interventi multi-componente e multi-fattoriali per la promozione di stili di vita salutari nei setting scolastici in questo piano si lavora al consolidamento delle alleanze tra il settore scolastico e quello sanitario, si rafforzano i tavoli già attivi di collaborazione (a livello centrale e locale) e si promuovono azioni di cornice per la realizzazione del programma stesso. L'Intesa Regione Piemonte - Assessorato regionale alla Sanità e all'Istruzione, Formazione professionale, Lavoro e Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte formalizzata in un protocollo, in continuità con il rapporto di collaborazione interistituzionale avviato nei precedenti anni scolastici, intende portare a sistema l'impegno congiunto per la promozione della salute nella scuola, favorendo lo sviluppo a livello scolastico di attività, iniziative e progetti di qualità nel campo della Promozione ed Educazione alla Salute. Pertanto gli interventi svolti in collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte ricadono sui rispettivi sistemi di riferimento socio-sanitario e scolastico e mirano, secondo la definizione della Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS), ad assicurare ai destinatari un maggior controllo sulla propria salute mediante la promozione di stili di vita positivi e responsabili e la creazione di ambienti favorevoli. Tutto questo regolato e definito all'interno di linee guida, redatte in modo congiunto, che propongono azioni efficaci per ognuno dei fattori di rischio/determinanti indicati dal Piano definendo per ognuno le buone pratiche di riferimento, le priorità, i progetti innovativi e le eventuali sperimentazioni.

Il Gruppo Tecnico Regionale (gruppo paritetico), costituito dai rappresentanti degli enti firmatari del protocollo, ha compiti di gestione e controllo, allo scopo di consolidare il sistema, garantire equità nell'accesso alle proposte,

rispondere in modo flessibile e modulare alle esigenze ed alla maturazione dei diversi contesti locali e sarà affiancato da una consulta allargata che potrà essere convocata con una periodicità di almeno una volta l'anno. Con le diverse specificità territoriali al suo interno potranno essere presenti per esempio: il rappresentante dell'ANCI Piemonte, gli Ambiti territoriali scolastici, le agenzie educative presenti sul territorio, le Consulte degli studenti e le Associazioni dei genitori, i rappresentanti di Federazioni del CONI o di Enti di Promozione Sportiva. Il compito sarà di definire gli obiettivi condivisi e individuare i risultati attesi. Sarà necessario proseguire la formazione regionale integrata degli operatori sanitari, dei dirigenti e degli insegnanti per rendere omogeneo il percorso delle Scuole che promuovono salute e rafforzare la partecipazione alla Rete Regionale Piemontese delle Scuole che Promuovono Salute; una supervisione dei percorsi di formazione; una progettazione di modalità di valutazione, accompagnamento alla loro realizzazione e infine discussione dei risultati al fine di definire l'efficacia delle azioni messe in atto.

Ciascuna ASL dovrà dotarsi di un Catalogo delle offerte educative e formative alle scuole nell'ottica dei LEA e della valorizzazione di Buone Pratiche, tenendo conto delle priorità definite nelle linee guida; sarà formulato un piano di comunicazione per la visibilità nel Piano Regionale della Prevenzione e dei risultati raggiunti nei successivi step annuali; si manterrà vivo e costante il confronto con le altre Regioni che hanno avviato percorsi simili e proseguirà la partecipazione alle attività internazionale della SHE network (School for Health in Europe).

In particolare questo Programma prevede il coinvolgimento regionale e locale della struttura Promozione della Salute e almeno dei seguenti settori/servizi sanitari: Materno Infantile, SerT/SerD, NPI, Psicologia, Salute Mentale, SIAN, Medicina dello Sport, Servizi Veterinari (A/C), SISP, SPreSal e Distretti che saranno coinvolti, nelle diverse azioni, sulla base delle specificità territoriali e delle esperienze già svolte.

### Crono programma di massima

	2015	2016	2017	2018
<b>Azione 1</b> Consolidamento dell'alleanza scuola /sanità per le Scuole che promuovono Salute	Produzione linee guida biennali Consolidamento GTR	Contatti formali per lo studio di fattibilità di un organo consultivo a livello regionale	Produzione linee guida biennali	Rinnovo Protocollo di Intesa
<b>Azione 2</b> Consolidamento e sviluppo di una formazione congiunta	Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale	Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale	Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale	Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale
<b>Azione 3</b> Il catalogo: promozione e disseminazione di Buone Pratiche (BP)	Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative Adozione di progetti di buona pratica da catalogo	Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative Adozione di progetti di buona pratica da catalogo	Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative Adozione di progetti di buona pratica da catalogo	Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative Adozione di progetti di buona pratica da catalogo
<b>Azione 4</b> Programmazione annuale delle azioni prioritarie in coprogettazione	Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano	Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano	Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano	Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano

Il percorso per la diffusione della cultura delle scuole che promuovono salute segue a quanto già realizzato nei precedenti anni scolastici con una fase sperimentale, consolidando e allargando la Rete Regionale delle Scuole che Promuovono Salute<sup>1</sup>.

Nell'anno in corso si prevede il consolidamento del gruppo tecnico regionale, la redazione delle nuove linee guida e la loro diffusione a un ampio numero di scuole del territorio regionale, perché intraprendano il percorso di partecipazione alla rete regionale delle Scuole che promuovono Salute a cominciare dalla stesura del proprio profilo di salute. In particolare le scuole potranno essere sostenute a definire e attivare le rispettive policy

<sup>1</sup> [www.dors.it/pag.php?idcm=5589](http://www.dors.it/pag.php?idcm=5589)

scolastiche per la salute anche in coerenza con gli obiettivi del PRP/ PLP. A sostegno del lavoro in rete e per la valorizzazione del percorso delle scuole è inoltre disponibile una piattaforma su cui trovare materiali utili<sup>2</sup>. Le scuole potranno lavorare su alcuni temi di salute ritenuti prioritari, in collaborazione con i servizi offerti dalle ASL e, dove possibile, avvalendosi dei programmi di promozione degli stili di vita sani inseriti nel Catalogo aziendale delle offerte educative e formative. Nel 2016 l'80% delle ASL dovranno redigere un Catalogo delle offerte educative e formative, in continuità con i programmi di Guadagnare Salute e/o avvalendosi dei dati locali (di ASL) ricavati dalle sorveglianze OKkio alla Salute e HBSC, mentre nel 2017 tutte le ASL dovranno disporre del catalogo facilmente fruibile per le scuole del territorio. Negli anni successivi di vigenza del Piano Regionale di Prevenzione saranno previsti step annuali di programmazione e valutazione delle azioni intraprese dalle scuole che aderiscono ai percorsi, sulla base delle priorità individuate e delle strategie proposte a livello centrale e locale.

### **Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma**

La promozione della salute nel setting scolastico presuppone concrete sinergie e una integrazione di programmi con altre Direzioni Regionali che con il sistema scuola interagiscono e quindi il buon andamento dei rapporti di collaborazione definisce e rafforza i possibili futuri risultati del Piano.

In specifico per questo setting, dove è essenziale un lavoro in stretta collaborazione e interdipendenza con l'Ufficio Scolastico Regionale (MIUR) e le sue articolazioni territoriali, è possibile che molti risultati a livello dei singoli territori e delle scuole interessate siano necessariamente mediati dalla natura intersettoriale del programma. In particolare l'organizzazione del "sistema scuola" e l'autonomia scolastica potrebbero sensibilmente influenzare il raggiungimento di alcuni obiettivi, per l'effetto di variabili il cui controllo non dipende interamente dal "sistema sanità".

### **Monitoraggio e contrasto disuguaglianze**

Il possibile guadagno futuro in termini di riduzione di esposizione a stili di vita non salutari verrà influenzato non solo da effetti generazionali (es. graduale riduzione dei fumatori a seguito della differente percezione dell'accettabilità sociale del fumo), ma anche dalla precocità e dalla ripetizione degli interventi di prevenzione e promozione della salute a scuola.

Data la sua importanza strategica dettata dalle tempistiche di intervento precoci e dalla trasversalità degli obiettivi, il setting scolastico verrà sottoposto ad un esercizio di *health equity audit* approfondito che si occuperà non solo di revisionare e correggere l'allocazione degli interventi in funzione del rischio, ma anche di rivedere l'efficacia attesa degli interventi per le diverse categorie di vulnerabilità sociale, al fine di modificarne il disegno e le modalità di intervento in caso di accertata minore efficacia tra i soggetti più vulnerabili.

La differente distribuzione dei fattori di rischio può generare disuguaglianza geografiche anche importanti. L'equità territoriale nell'attivazione delle azioni di prevenzione e promozione è un importante strumento attraverso il quale diminuire tale fenomeno. Il Piano di Prevenzione della Regione Piemonte intende proporre programmi di prevenzione facilmente adottabili dalle scuole e fornire assistenza alle realtà più periferiche in modo da ridurre le differenze geografiche legate a diversità di azioni condotte sul territorio.

---

<sup>2</sup> <http://www.reteshepiedmonte.it/>

Azione 1.1.1 <b>Consolidamento dell'alleanza scuola /sanità per le Scuole che promuovono Salute</b>	<b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b> Coinvolgere tutti gli attori interessati in un percorso di alleanza				<b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 1.1.</b> Consolidare, attivare e valorizzare le alleanze a livello centrale e territoriale utili alla programmazione congiunta e alla coprogettazione
	La scuola è una istituzione che si colloca in un territorio creando con questo una osmosi continua, perché chi frequenta la scuola porta al suo interno culture, abitudini, costumi, credenze diverse, riportando all'esterno ciò che la scuola offre in termini di conoscenze, di competenze, di valori, di principi. Per questo motivo il mondo interno alla scuola e quello esterno hanno bisogno di dialogare affinché il rapporto resti armonico e produttivo, favorendo così lo sviluppo coerente degli allievi nell'ottica della promozione di una cittadinanza attiva. È quindi necessario che Scuola, Sanità, Enti Territoriali, Agenzie educative presenti sul territorio, famiglie e giovani cooperino per individuare priorità e modalità di intervento. Le alleanze definite da atti formali e i gruppi di lavoro già esistenti (GTR) saranno infatti coadiuvati da iniziative di consultazione allargata su temi specifici e con periodicità utile.				
	<b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale				
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018				
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
	Funzionamento a regime degli accordi per una collaborazione interistituzionale	Almeno 2 incontri del GTR	Almeno 2 incontri del GTR	Almeno 2 incontri del GTR	Almeno 2 incontri del GTR
	Presenza di regole condivise nella collaborazione interistituzionale	Redazione linee guida 2015-2016	_____	Redazione linee guida 2017-2018	Rinnovo del Protocollo di Intesa
	Presenza di contatti formali con Enti e Associazioni identificate per una consulta	_____	contatti formali per lo studio di fattibilità di un organo consultivo a livello regionale	definizione formale di una consulta regionale	almeno 1 incontro della consulta regionale
	<b>Livello a cui si colloca:</b> ASL				
<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018					
<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>				
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	
Presenza di contatti formali con Enti e Associazioni identificate (ES: convocazione incontri)	Almeno 2 incontri dei gruppi congiunti costituiti a livello locale	Almeno 2 incontri dei gruppi congiunti costituiti a livello locale	Almeno 2 incontri dei gruppi congiunti costituiti a livello locale	Almeno 2 incontri dei gruppi congiunti costituiti a livello locale	
Presenza di contatti formali con Enti e Associazioni identificate per una consulta	_____	Contatti formali per lo studio di fattibilità di un organo consultivo a livello locale	Definizione formale di una consulta locale	Almeno 1 riunione della consulta locale	

Azione 1.2.1 <b>Consolidamento e sviluppo di una formazione congiunta</b>	<b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b>				<b>OSR cui si riferisce</b>	
	Condividere i criteri per la definizione di Scuola che promuove salute e implementare le attività attraverso una formazione congiunta.				<b>OSR 1.2.</b> Progettare e strutturare percorsi formativi congiunti sui diversi temi di salute che sostengano le competenze di operatori sanitari, dirigenti scolastici e insegnanti per costruire una Scuola che Promuove Salute (formazione dei formatori). <b>OSR 1.5.</b> Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale.	
	Il <i>Gruppo Tecnico regionale</i> , in continuità con i risultati già ottenuti dal gruppo di lavoro che ha curato l'avvio e la realizzazione della fase sperimentale, dovrà: definire e validare i criteri per la "Scuola che Promuove Salute"; definire percorsi di formazione congiunta, sia in presenza che attraverso la lettura di materiali di autoapprendimento, a sostegno del percorso, con approfondimenti su temi e azioni prioritarie. Con una attenzione particolare a implementare e/o costruire strumenti per la valutazione del percorso intrapreso dalle scuole per consentire un monitoraggio di quanto avviene sul territorio delle diverse ASL.					
	I <i>tavoli di lavoro</i> nei singoli territori, a partire dal lavoro del livello regionale, dovranno: assumere le indicazioni regionali e trasformarle in azioni coerenti con quanto già presente sul proprio territorio; prevedere il sostegno e il consolidamento delle azioni formative locali o la partecipazione a iniziative regionali (percorso dei profili di salute della scuola, costruzione delle policy integrate, media education, gamblog, ecc.) da parte di operatori sanitari, dirigenti scolastici e insegnanti; monitorare l'andamento dei programmi di promozione degli stili di vita sani nelle scuole del territorio; valutare i risultati raggiunti anche avvalendosi dei dati locali ricavati dalle sorveglianze OKkio alla Salute e HBSC.					
	<b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale					
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018					
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>				
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>
	Calendario e verbali delle riunioni di programmazione	Almeno 4 riunioni annue con i relativi verbali	Almeno 4 riunioni annue con i relativi verbali	Almeno 4 riunioni annue con i relativi verbali		Almeno 4 riunioni annue con i relativi verbali
	Pubblicazioni operative sui diversi temi	Almeno 1 incontro per valorizzare le pubblicazioni già prodotte	Almeno 1 pubblicazione operativa su un tema affrontato e previsto nelle linee guida	Almeno 1 incontro per valorizzare le pubblicazioni già prodotte		Almeno 1 pubblicazione operativa su un tema affrontato e previsto nelle linee guida
N. giornate di formazione	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue		
<b>Livello a cui si colloca:</b> ASL						
<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018						
<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>					
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>		
N. giornate di formazione	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue	Almeno 2 giornate annue		

<p>Azione 1.3.1  <b>Il catalogo: promozione e disseminazione di Buone Pratiche (BP)</b></p>	<p><b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b>                  Le scuole adottano Buone Pratiche per la promozione di stili di vita sani proposte nel catalogo e messe a disposizione di tutte le scuole interessate.</p> <p>Il lavoro di promozione e disseminazione di buone pratiche avverrà attraverso la formalizzazione di un Catalogo la cui costruzione sarà coordinata dai Referenti per la promozione della salute delle ASL in collaborazione con i Servizi Territoriali che lavorano con le scuole.</p> <p>Il Catalogo dovrà: rispecchiare le scelte che la Regione riterrà prioritarie, definite nelle linee guida; essere basato sulle migliori prove di efficacia disponibili; essere periodicamente revisionato sulla base di nuovi input regionali o specifiche richieste delle scuole; reso facilmente accessibile on line a tutte le scuole del territorio nel rispetto del criterio di equità (e con una attenzione alle disuguaglianze sul territorio); essere inviato direttamente o presentato in un incontro specifico. Il Catalogo dovrà inoltre contenere l'offerta di una formazione aperta a decisori politici e altri attori del territorio (sia su temi specifici, sia soprattutto su competenze di co-progettazione e di fund raising).</p> <p>In particolare i programmi proposti dovranno seguire criteri di buona pratica, essere orientati anche allo sviluppo delle life skill, essere co-progettati (almeno 1 o 2) e non solo con la ASL ma anche gli enti locali.</p> <p>Naturalmente bisognerà valutare la loro sostenibilità nello specifico territorio e, oltre a monitorare le singole iniziative, valorizzarle nelle sedi opportune.</p>			<p><b>OSR cui si riferisce</b>  <b>OSR 1.3.</b> Inserire nel catalogo dell'offerta educativa e formativa almeno un progetto sul tema di: sana alimentazione, attività fisica/capacità motorie, fumo e alcol, benessere delle relazioni, media education, gambling, cultura della sicurezza, dipendenze, sicurezza stradale e/o della promozione dei comportamenti di guida responsabile, incidenti domestici</p> <p><b>OSR 1.3.A.</b> Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica sul corretto rapporto uomo/animale anche ai fini della prevenzione del fenomeno del randagismo</p>	
	<p><b>Livello a cui si colloca:</b> ASL</p>				
	<p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>				
	<p><b>Indicatori di processo</b></p>		<p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>		
		<p><b>2015</b></p>	<p><b>2016</b></p>	<p><b>2017</b></p>	<p><b>2018</b></p>
<p>Presenza del catalogo</p>	<p>1 catalogo in 50% delle ASL</p>	<p>1 catalogo in 80% delle ASL</p>	<p>1 catalogo per ogni ASL</p>	<p>1 catalogo per ogni ASL</p>	
<p><b>Indicatore sentinella:</b>  <b>Numero di scuole che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/numero di scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo</b></p>	<p><b>Almeno 10%</b></p>	<p><b>Almeno 20%</b></p>	<p><b>Almeno 40%</b></p>	<p><b>Almeno 50%</b></p>	

Azione 1.4.1 <b>Programmazione annuale delle azioni prioritarie in coprogettazione</b>	<b>Obiettivo e descrizione dell'azione</b>			<b>OSR cui si riferisce</b>	
	Individuare le azioni prioritarie che le scuole dovranno attivare nell'anno scolastico.			<b>OSR 1.4.</b> Selezionare e definire priorità per la programmazione annuale nelle linee guida, coerenti con il protocollo d'intesa (prevenzione del gioco d'azzardo,...) e i bisogni regionali/territoriali	
	Le azioni da svolgere nelle scuole devono, per ogni territorio, rispondere ai diversi bisogni a livello regionale e/o locale ma soprattutto far riferimento ai temi prioritari identificati dal protocollo d'intesa e definiti all'interno delle linee guida, sostenute dal MIUR e cogenti per le ASL, che sono compito del gruppo interistituzionale paritetico e il mezzo di disseminazione delle decisioni congiunte.				
	Sia il livello Regionale che quello locale dovrebbero proporre l'inserimento, il consolidamento o la sospensione di alcune attività, in coerenza con una più ampia cornice di programmi attivi sul territorio. Le scelte vanno condivise e motivate sulla base di nuove problematiche emergenti o della valutazione dell'efficacia delle azioni proposte, avvalendosi anche dei dati ricavati dalle sorveglianze OKkio alla Salute e HBSC.				
	<b>Livello a cui si colloca:</b> Regionale				
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018				
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
	Presenza delle linee guida con indicazione di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
	<b>Livello a cui si colloca:</b> ASL				
<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018					
<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>				
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	
Scuole che hanno attivato azioni su temi prioritari nelle classi target /classi target delle scuole partecipanti	Almeno il 20%	Almeno il 40%	Almeno il 60%	Almeno l'80%	





## PROGRAMMA 2

# COMUNITÀ E AMBIENTI DI VITA

Nei programmi denominati “Guadagnare Salute Piemonte” è stato privilegiato un approccio di setting, sistematico, finalizzato a cambiamenti di lungo termine e incentrato sullo sviluppo del sistema attraverso interventi di tipo organizzativo, formativo e attraverso il rafforzamento delle alleanze con gli attori principali, tra cui la comunità locale. Gli interventi da attuare nel territorio sono programmati all’interno dei Piani locali di prevenzione che ciascuna ASL redige annualmente per il proprio ambito di riferimento, in coerenza con le indicazioni regionali.

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

## Quadro strategico, profilo di salute e trend dei fenomeni

La comunità è definita come un gruppo di persone che condivide elementi: per esempio, il luogo di vita, l'identità, la sfera degli interessi o altre circostanze comuni. Comunità è un contesto, nonché un concetto, multidimensionale che richiama subito la complessità di relazioni – orizzontali e verticali – tra le persone, gli ambienti e le molteplici organizzazioni. E, tra queste, vi è anche la Sanità<sup>1</sup>.

Secondo il modello teorico ecologico – modello che Bloch P. et al. ha definito *supersetting approach* (2014) – la comunità locale è il 'setting dei setting' nel quale gli individui ricevono conferme, o disconferme, stimoli in merito agli stili di vita e possono usufruire delle risorse per prevenire danni di salute e migliorare la qualità della propria vita, del benessere psicologico e sociale. È sempre più ampiamente condivisa e scientificamente supportata la convinzione che la salute mentale rappresenta uno dei fattori principali che concorrono alla determinazione della salute e del benessere generale della popolazione<sup>2</sup>.

I principi alla base del modello di Bloch P. et al. sono: integrazione, partecipazione, empowerment, valorizzazione del contesto locale e azioni fondate sulle conoscenze scientifiche e sulla buona pratica. Questi principi hanno orientato la definizione degli obiettivi e delle azioni del programma "Comunità e ambienti di vita". Sono, infatti, previsti:

- **progetti integrati e formalizzati con accordi istituzionali.** Si cita, per esempio, l'intesa tra Assessorato alla Sanità e panificatori per la produzione di pane a ridotto contenuto di sale;
- **interventi sviluppati con i metodi della partecipazione** che coinvolgano decisori locali e popolazione – come, per esempio, giovani, adulti, genitori, nonni, operatori sanitari, commercianti. Si fa riferimento all'organizzazione di eventi di sensibilizzazione – come quello organizzato, nel 2014, in occasione della Settimana mondiale per la promozione della salute mentale – e alle attività della 'Rete regionale degli interventi per i contesti del divertimento notturno';
- **strumenti che accompagnano processi di empowerment** individuale e di comunità attraverso occasioni di apprendimento sociale e la costruzione, e il miglioramento, di competenze. Le azioni regionali di questo programma contemplano, per esempio, la costruzione di una guida – rivolta principalmente a genitori e nonni – per migliorare le scelte di acquisto degli snack consumati dai propri figli e nipoti;
- **attività di ricerca delle migliori conoscenze scientifiche** in campo medico e sociale da divulgare a decisori, operatori della sanità e popolazione. Questo programma punta inoltre al trasferimento delle migliori prove di efficacia sugli interventi precoci da attuare nei primi mille giorni di vita (promozione e sostegno dell'allattamento materno, per esempio) affinché si orientino politiche e scelte individuali. Il programma contempla anche azioni di educazione, di sensibilizzazione e di informazione corretta su temi quali il corretto rapporto uomo/animale;
- **azioni di sostegno e sviluppo di quei progetti locali** che sono diventati una risorsa per gli abitanti dei territori. Si pensi alla diffusione regionale dei gruppi di cammino rivolti agli over 64enni che hanno dimostrato una forte adesione.

Nel campo della prevenzione e della promozione della salute, vi è piena consapevolezza che la realizzazione e la gestione di azioni, così articolate, nella comunità – e con la comunità – non si svolgono secondo una relazione di causa-effetto. Le revisioni sistematiche di studi di letteratura che hanno per esempio valutato l'efficacia degli interventi di comunità per aumentare, nella popolazione generale, i livelli di attività fisica e il consumo di frutta e di verdura, descrivono una serie di azioni-chiave da curare sia per favorire il cambiamento dei comportamenti anche nel lungo termine sia per implementare interventi così complessi (*Everson-Hock ES et al., 2013, Baker et al., 2015*).

Queste azioni-chiave sono confermate infine da una mole di dati di letteratura aggiornata e ricostruita dall'attuazione, in contesti internazionali, di piani di azione, attuati nella e con la comunità, per la prevenzione delle malattie croniche. Questa documentazione supporta i processi di progettazione e di valutazione degli interventi di comunità rivolti, in particolare, alle fasce di età più fragili (0-3 anni e over64), alle donne e a chi vive in situazioni di svantaggio socio-economico<sup>3</sup>. Queste azioni-chiave sono:

- **i professionisti impegnati sul campo fanno la differenza.** È necessario conoscere bene la comunità, condividere strumenti e metodi tra sanità e altri settori. La formazione si conferma un'azione fondamentale;

<sup>1</sup> NICE, 2008 in *Una comunità in salute. Metodi e strumenti*, fact sheet n. 2, DoRS, 2010.

<sup>2</sup> [www.who.int/mental\\_health/evidence/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/)

<sup>3</sup> [www.cdc.gov/healthequidguide](http://www.cdc.gov/healthequidguide), 2013

- **il programma delle attività non va lasciato al caso.** Ottengono buoni risultati le attività riconosciute dalla popolazione come utili, divertenti, in cui si crea un'atmosfera informale e serena. Ecco alcuni esempi: l'apertura di spazi rivolti alle sole donne, l'apertura di servizi gratuiti, o a costi contenuti, per l'infanzia e la famiglia, l'organizzazione di corsi di ginnastica e altre discipline sportive accessibili alle famiglie sia per i costi sia per gli orari;
- **i messaggi di salute, veicolati da parole e immagini, devono essere chiari.** Si è visto, per esempio, che l'utilizzo della sola espressione "5-a-day", per incoraggiare il consumo di frutta e verdura, non era sempre compresa (Everson-Hock ES *et al.*, 2013);
- **meglio puntare sul rinforzo dell'autoefficacia, dell'autostima, del capitale sociale e della resilienza.** Vi sono prove a sostegno della funzione protettiva che questi fattori psicosociali possono esercitare nella prevenzione delle malattie cardiovascolari (WHO, 2015). Si partecipa più volentieri a un corso di ginnastica che sia adeguato alle iniziali capacità motorie o culinarie dei partecipanti.

È complesso definire con precisione il profilo di salute della popolazione che 'vive' il setting comunità, e, come è noto, non solo questo contesto. Si riporta di seguito un quadro dei dati regionali, estratti, dove possibile, dai sistemi di sorveglianza oggi a regime che spiegano la scelta degli obiettivi e delle azioni di questo programma.

## Il profilo di salute

Nonostante i frequenti contatti con il sistema sanitario, delle azioni di prevenzione e di promozione della salute da attuarsi da prima del concepimento fino ai primi anni di vita, non si dispone ancora di dati raccolti con modalità che consentano di cogliere l'andamento regionale di queste azioni. Si riportano pertanto dati puntuali sull'**allattamento materno** e sul progetto "Nati per leggere". Nel periodo dal 2000 al 2005, dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), si è registrato un costante incremento dell'allattamento esclusivo. Questo risultato è stato raggiunto con il progetto regionale "Promozione e sostegno dell'allattamento al seno", avviato negli anni 1997-98 su tutto il territorio regionale e che ha coinvolto tutte le figure a contatto con la gravida e la neomamma: ostetriche e ginecologi, infermiere, puericultrici e assistenti sanitarie, neonatologi e pediatri di famiglia, psicologhe e neuropsichiatri infantili, operatori socio sanitari (Rapporto regionale, maggio 2007). In merito alle azioni volte a promuovere la lettura ad alta voce ai bambini, la Regione Piemonte ha aderito, sin dagli inizi, al progetto nazionale "Nati per leggere" e, a quasi dieci anni dall'avvio, la realtà piemontese è la più attiva in Italia per numero di bambini e famiglie contattate, numero di operatori, di Comuni, asili e scuole coinvolte<sup>4</sup>.

Nonostante l'importante riduzione dei tassi e degli indici di mortalità da **incidenti stradali**, in Piemonte la dimensione del problema continua a essere rilevante. Nel 2011, il tasso regionale di mortalità per incidenti stradali è stato di 7,6 per 100.000 abitanti – superiore alla media nazionale di 7,1, già superiore, a sua volta, alla media dei paesi europei occidentali: 6,9 in Italia nel 2010; 5,6 in Europa occidentale (HFA Europe, 2013) –. Alla problematica situazione regionale, ha contribuito l'arresto del trend in discesa del numero di morti, che, nel 2010 e 2011, era in aumento. Anche gli indicatori di carico di disabilità sono in aumento dal 2010. Come conseguenza, il carico assistenziale ospedaliero correlato risulta sempre di particolare rilievo, sia per quanto riguarda i ricoveri ordinari sia, e in misura ancora maggiore, per quanto riguarda la riabilitazione in regime di day-hospital. Acquisiscono rilevanza in ottica preventiva le fasce di utenti vulnerabili.

Per quanto riguarda la prevenzione degli incidenti stradali e dei loro esiti, in Piemonte l'uso dei dispositivi di sicurezza stradali è buono e generalmente più diffuso rispetto a quanto osservato in Italia: oltre il 90% della popolazione tra 18 e 69 anni usa sempre la cintura anteriore ed il casco, l'80% dichiara di utilizzare, e senza difficoltà, il dispositivo di sicurezza per bambini tra 0 e 6 anni; rimane però insoddisfacente l'uso della cintura di sicurezza posteriore (la utilizza "sempre" solo il 30% della popolazione tra 18 e 69 anni), per il quale non si osserva un miglioramento e sostanziale del valore regionale ed esistono differenze anche rilevanti tra le ASL (range dal 16% della ASL TO4 al 50% della ASL CN1).

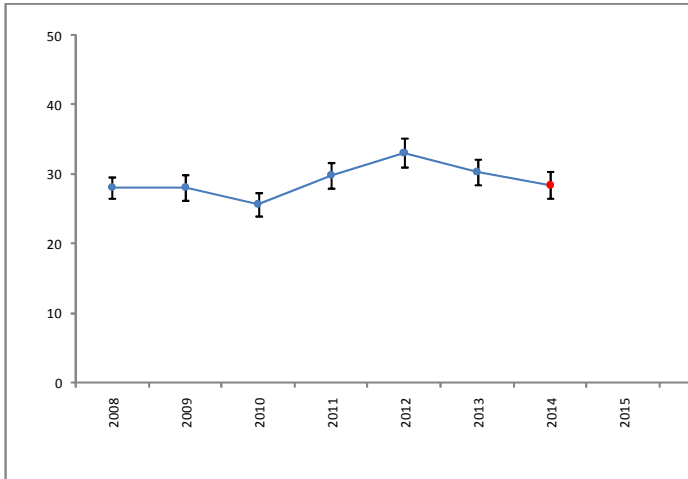
Tra gli adulti non astemi circa 1 conducente su 10 ammette di aver guidato sotto l'effetto dell'**alcol** negli ultimi 30 giorni; il fenomeno è significativamente più diffuso tra i bevitori *binge* e tra quelli con consumo abituale elevato (1 persona su 4), mentre è inferiore (6,5%) tra i guidatori di 18-21 anni, età in cui l'alcolemia alla guida non dovrebbe mai essere superiore a zero. Tra i guidatori di età compresa tra 18 e 69 anni i fermati dalle Forze dell'Ordine

<sup>4</sup> <http://www.regione.piemonte.it/cultura/cms/nati-per-leggere-piemonte/i-singoli-progetti.html>

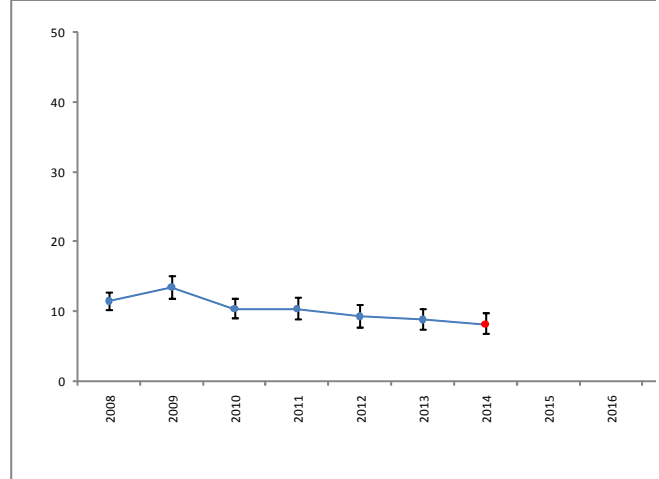
nell'ultimo anno risultano 1 su 3, i sottoposti ad etilotest 5 su 100. Questi controlli risultano ben indirizzati verso coloro che hanno comportamenti non corretti: l'etilotest risulta 3 volte più frequente (circa 15%) tra coloro che dichiarano guida sotto l'effetto dell'alcol o assunzione di alcol a rischio. Le persone con consumo abitualmente elevato attualmente rappresentano il gruppo a rischio controllato meno frequentemente (sottoposti ad etilotest: 7%). La guida sotto l'effetto dell'alcol risulta in diminuzione, ma in questo cambiamento si osservano differenze socio demografiche da tenere in considerazione per le azioni future.

**Figura 1.** Uso delle cinture posteriori.

Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto (in città e fuori), e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono: "sempre". Prevalenze (%) annuali 2008-2014. Piemonte



Prevalenza di persone 18-69 anni non astemie che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. Prevalenze (%) annuali 2008-2014. Piemonte



La sorveglianza PASSI stima che in ambito domestico poco meno del 4% della popolazione tra 18 e 69 anni (corrispondenti a più di 110mila persone) subisca in un anno un infortunio per il quale deve fare ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale. Nonostante ciò in quella classe di età il 95% della popolazione ritiene che la possibilità di **infortunio in ambito domestico** sia assente o bassa e solo 2 persone su 10 riferiscono di avere ricevuto nell'ultimo anno informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici (e, tra di esse, poco più di 1 su 10 le ha ricevute da operatori sanitari).

Le **cadute delle persone anziane** sono tra gli infortuni più frequenti e con le più pesanti conseguenze in termini di perdita di salute e autonomia. In Piemonte nel 2012 Passi d'Argento ha stimato che tra le persone con 65 anni e più 1 su 10 sia caduta negli ultimi 30 giorni e che a seguito della caduta più di 1 persona su 10 sia stata ricoverata. La maggior parte delle cadute (62%) è avvenuta in casa, principalmente in bagno e in camera da letto, il 20% delle cadute è avvenuto in strada, il 10% in giardino.

Oltre il 90% della popolazione piemontese (e italiana) dichiara una condizione di salute buona o discreta (*La salute in Piemonte nell'opinione dei suoi abitanti*, 2014). Peggiora l'indice di salute mentale, in particolare fra gli uomini, sia in Piemonte che in Italia.

La diffusione delle patologie croniche si mantiene stabile nel tempo fra gli uomini, mentre cresce leggermente fra le donne, sia in Italia che in Piemonte. Il 14% degli uomini e il 12,5% delle donne piemontesi ha almeno una patologia cronica grave. Il Piemonte presenta una condizione di vantaggio rispetto alla media nazionale, sia nella popolazione generale, sia nella popolazione anziana.

Gli **stili di vita della popolazione giovane-adulta** sono stati presentati in maniera sintetica nell'apposito paragrafo del profilo di salute e descrivono una popolazione non omogenea ma complessivamente poco attiva, con problemi di sovrappeso, con insufficiente consumo di frutta e verdura e con cambiamenti generazionali sul consumo a rischio di alcol.

Nella **popolazione over 64 anni** i fattori di rischio comportamentali – quali fumo, consumo di alcol a rischio, eccesso ponderale – presentano prevalenze in diminuzione rispetto alle età più giovanili e una diffusione che mostra differenze maggiormente legate alle condizioni di salute che alle condizioni socioeconomiche. Nella popolazione di questa età poco più di 1 persona su 10 riferisce almeno 3 patologie croniche, altrettanti problemi sensoriali o cadute nell'ultimo mese. Le persone over 64 anni che svolgono un lavoro retribuito sono attualmente molto poche (7%), anche se sicuramente destinate ad aumentare per la recente entrata in vigore della riforma sulla pensioni.

Età inferiore ai 75 anni, scolarità elevata e buone condizioni di salute si associano ad una maggiore probabilità di svolgere attività di socializzazione o di formazione personale. In Piemonte queste attività risultano complessivamente più diffuse rispetto al pool nazionale, anche se si mantengono forti differenze tra quelle di partecipazione (34% ad attività sociali in un settimana tipo, 23% a gite o soggiorni organizzati nell'ultimo anno) e quelle di formazione (7% un corso nell'ultimo anno). Anche essere risorsa per le persone non conviventi (16%) o svolgere attività di volontariato (5%) risultano azioni svolte con maggiore frequenza da persone con un'età non troppo elevata ed in buone condizioni di salute. Essere risorsa per i conviventi ha una analoga diffusione (17%) ma il carattere peculiare di questa azione si evince dall'essere svolta in maniera maggiore dalle donne, dalle persone con difficoltà economiche e dall'essere effettuata dalle persone a rischio di disabilità con frequenza analoga a quelle in buona salute.

A differenza delle attività che riguardano la sfera individuale, maggiormente diffuse in Piemonte, quelle relative all'essere risorsa per la collettività non mostrano differenze con il pool nazionale. Poiché nessuna delle attività indagate coinvolge la metà della popolazione over 64anni, o almeno di un suo sottogruppo, appare evidente come il percorso auspicato dalle indicazioni internazionali per un invecchiamento attivo sia ancora molto lungo e richieda l'impegno di tutti.

È sempre più ampiamente condivisa e scientificamente supportata la convinzione che la **salute mentale** rappresenti uno dei fattori principali che concorrono alla determinazione della salute e del benessere generale della popolazione. Complessivamente, i disturbi mentali determinavano una compromissione dell'attività lavorativa e della qualità di vita pari o superiore a quella causata dalla presenza dei disturbi fisici cronici esaminati nel medesimo studio (artrite/reumatismi, malattie cardiache, malattie polmonari, diabete, disturbi neurologici). Studi recenti mostrano che esiste un problema di sottoutilizzo, da parte di coloro che soffrono di disturbi mentali comuni, dei servizi sanitari in generale e dei servizi per la salute mentale in particolare. Infatti, tra le persone affette da un qualsiasi disturbo mentale solo una minoranza si rivolge a un servizio sanitario. Data la rilevanza del fenomeno relativo ai disturbi mentali è importante sensibilizzare la popolazione al tema della salute mentale in modo tale da contrastare lo stigma e favorire l'accesso ai servizi (La salute in Piemonte nell'opinione dei suoi abitanti, 2014).

Il settore degli **animali da affezione** evolve rapidamente con l'affermarsi di tecniche d'impiego degli animali in attività assistenziali, terapeutiche e di soccorso che determinano un consolidamento del rapporto uomo animale sia in termini di affettività che di attività congiunta. Si registra un sensibile incremento della sensibilità collettiva per gli animali da affezione che giustifica il crescente interesse manifestato dall'ambiente politico-istituzionale: la conferenza Stato-Regioni ha prodotto atti di indirizzo per la regolamentazione della pet therapy e la Regione Piemonte (L.R. 4/2009) atti normativi per la promozione del corretto rapporto uomo animale, detenzione consapevole, benessere di animali e cittadini, prevenzione delle aggressioni. In Piemonte, l'attuazione dei disposti normativi di riferimento (Legge 281/1991, L.R. 34/1993) ha determinato la copertura dell'intero territorio con adeguata distribuzione di canili di prima accoglienza (sanitari pubblici e privati) e canili rifugi; l'istituzione dell'Anagrafe canina regionale con la L.R. 18/2004 ha consentito il raggiungimento di standard qualitativi elevati per il controllo del fenomeno randagismo e controllo della rabbia canina. Il dato relativo alla proporzione fra cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati (indicatore centrale 10.08.02) si assesta per il 2013 al 54,4% a livello regionale, con divergenze sensibili a livello locale. L'analisi dei dati storici sull'indicatore in esame nel periodo 2006-2013 (tabella 1) palesa l'efficacia delle strategie messe in atto per il controllo del fenomeno nel lungo periodo. L'obiettivo raggiunto del 54,4%, considerato baseline per l'indicatore al 2013, prudenzialmente viene considerato non suscettibile di scostamenti significativi nel quadriennio di applicazione del presente Piano, ma comunque in lenta e progressiva crescita.

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
37,2%	39,4%	37,3%	39,2%	41,7%	45,7%	*49,3%	54,4%	*54,4%

**Tabella 1.** Proporzioni cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati.

\*dato incompleto.

La prevenzione del randagismo canino è l'azione determinante per il controllo della rabbia, prima e principale zoonosi di interesse nella sanità pubblica. L'aumento costante della popolazione di animali sinantropi sul territorio (dato oggettivamente rilevabile dalle anagrafi degli animali e dai dati ambientali) necessita strategie basate su attività di formazione congiunta con gli altri settori regionali che promuovono educazione sanitaria, su azioni per il miglioramento del sistema di vigilanza sulle strutture deputate al ricovero degli animali randagi, sul perfezionamento del sistema di registrazione anagrafica (*vedi programma Governance*) e sulla revisione dei sistemi di sorveglianza che integrino i programmi di prevenzione sulla rabbia con altri relativi a malattie zoonotiche emergenti (*vedi programma Malattie trasmissibili*).

Questo programma, in particolare, prevede il coinvolgimento regionale e locale della struttura Promozione della Salute e di almeno i seguenti settori/servizi sanitari: Materno infantile, Salute Mentale, SIAN, Medicina dello Sport, Servizi veterinari (A/C), SISP, Distretti, che saranno coinvolti nelle diverse azioni sulla base delle specificità territoriali e delle esperienze già svolte.

## Continuità con il precedente PRP, quadro normativo, sinergie, strategie selezionate

Obiettivi e attività del programma sono in continuità con il PRP 2010-2014 e in particolare con i programmi relativi alla promozione di stili di vita salutari nelle comunità di vita e di lavoro, incidenti stradali, incidenti domestici.

Obiettivi e azioni che si svilupperanno con il PRP 2015-2018 tengono in considerazione e proseguono quanto sviluppato con i PLP 2013 e con le attività programmate a livello locale per il 2014.

I precedenti PLP hanno, principalmente, lavorato, su:

- l'esistenza e/o la formazione di gruppi aziendali multidisciplinari coerenti con il programma Guadagnare Salute Piemonte;
- la valorizzazione delle risorse esistenti e la creazione di reti a livello locale;
- lo sviluppo delle competenze degli operatori;
- la partecipazione a progetti CCM quali ad esempio "Azioni per la Carta di Toronto";
- l'interesse/impegno a rafforzare la comunicazione aziendale: newsletter e spazi web su stili di vita, social network, organizzazione di eventi stabili annuali, comunicazione e diffusione dei dati delle sorveglianze;
- l'utilizzo dei contesti aggregativi (Centri per anziani, Centri o spazi per adolescenti, eventi/feste, ...) per diffondere informazioni su stili di vita salutari.

### Quadro normativo

Health 2020, Patto europeo per la salute Mentale Helsinki 2005, Piano nazionale per la salute mentale 2013, Mental Health Action Plan 2013-2020, DGR. Linee guida regionali Percorso nascita 2008, DGR 349/99 e successive modifiche e integrazioni: "Agenda di gravidanza" e "Agenda di salute del bambino", Accordo Stato Regioni dicembre 2012 sul percorso nascita, Convenzione con i PdF/MMG, Delibera La sorveglianza delle morti improvvise 0-2 anni in Piemonte, Delibere asili nido, Codice della Strada, Piano Regionale della Sicurezza Stradale (PRSS) del Piemonte, Global status report on road safety 2013, Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati n. 125 del 2001, Verso uno spazio europeo della sicurezza stradale: orientamenti 2011-2020 per la sicurezza stradale, Commissione Europea 2010.

**Sinergie con altri programmi del PRP 2014-2018:** Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro, Guadagnare Salute Piemonte - Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario.

**Sinergie con altri programmi regionali, nazionali o europei:** Programmi dei Dipartimenti delle Dipendenze così come previsto dal PARD - Piano di Azione Regionale delle Dipendenze 2012-2015 (azione 4.1.3; azione 4.4.1), Rete Città Sane, programma Genitori più, progetto Pensiamoci prima, Scuole che promuovono salute.

**Strategie selezionate:** modello socioecologico, salutogenesi, empowerment e partecipazione attiva, marketing sociale, Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica e investimenti che funzionano, *capacity building*, moltiplicatori di salute, approccio sistema sicuro.

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva

A partire dalle azioni realizzate con il percorso compiuto con i precedenti PRP – come, per esempio, l'analisi delle iniziative di promozione della salute, e nello specifico dell'attività fisica, attuate nei territori locali non solo dalla Sanità, e la costruzione di un repertorio di strumenti quanti e qualitativi per attuare interventi sul territorio (in [www.dors.it](http://www.dors.it)) – gli obiettivi che si intende ora perseguire si possono così sintetizzare:

- **stipulare accordi quadro e realizzare progetti pilota** con associazioni e imprese alimentari per la riduzione del contenuto di sale nel pane;
- **attivare e/o consolidare collaborazioni:**
  - con le associazioni di artigiani che operano nelle case e nei luoghi del tempo libero per diffondere informazioni sul corretto utilizzo delle attrezzature e degli impianti per ambienti di vita sicuri;
  - con le strutture di riferimento per gli anziani (centri ricreativi, sindacati di categoria, RSA, ...) per concordare e attivare momenti informativi sui rischi domestici;
- **favorire una lettura consapevole delle etichette dei prodotti confezionati** attraverso la messa a disposizione di informazioni e strumenti;
- **favorire l'adozione di uno stile di vita attivo** attraverso:
  - la diffusione della "Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica";
  - la messa a disposizione di strumenti di progettazione e di valutazione per i "walking programs"
  - il consolidamento e la messa a sistema, sul territorio regionale, dei progetti di "walking programs" e in particolare dei gruppi di cammino per gli over64;
- **mettere a sistema e far circolare informazioni e buone pratiche sul 'sostegno alla genitorialità'** per:
  - sviluppare azioni e politiche mirate;
  - promuovere comportamenti favorevoli al benessere dei neonati e dei bambini attraverso l'accrescimento delle conoscenze e delle competenze dei genitori;
- **sviluppare iniziative e progetti di empowerment** attraverso:
  - azioni di sensibilizzazione (eventi, pubblicazioni di materiale informativo divulgativo,...) in occasione delle giornate tematiche celebrate dall'OMS;
  - una rete regionale di programmi di empowerment di comunità locale per contrastare il consumo di alcol a rischio nei contesti ricreativi e i comportamenti di guida in stato di ebbrezza alcolica e l'attivazione di progetti multi-componente;
- **prevenire il randagismo** attraverso:
  - attività di informazione e divulgazione rivolta a proprietari di animali, professionalmente e non professionalmente esposti, popolazione sensibile;
  - verifica e revisione dei dati di identificazione presenti nella banca dati anagrafe canina regionale, aggiornamento ed allineamento delle informazioni, adeguamento dei sistemi di elaborazione e standardizzazione dei programmi di vigilanza sulle strutture di ricovero dei cani senza proprietario;
  - incentivazione delle iscrizioni in anagrafe.



## Crono programma di massima

	2015	2016	2017	2018
<b>OSR 2.1</b> <b>Azione 2.1.1</b> Linee guida per l'adozione della "Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica"	- riunioni gruppo di lavoro - ricerca e analisi delle esperienze locali e nazionali di adozione della Carta di Toronto	- riunioni gruppo di lavoro - ricerca e analisi delle esperienze locali e nazionali di adozione della Carta di Toronto - elaborazione Linee guida per l'adozione della Carta di Toronto	- diffusione delle Linee Guida	
<b>OSR 2.1 - 2.2 - 2.4</b> <b>Azione 2.1.2</b> Primi 1.000 giorni: quali azioni, quali politiche	- indice profilo di salute primi 1.000 giorni - produzione strumento per decisori - progettazione modulo formativo nidi - modello studio trasferibilità progetto di sviluppo di comunità	- redazione di un profilo di salute - produzione di uno strumento di comunicazione e sua diffusione - corso operatori nidi Report intermedio studio trasferibilità	- redazione profili di salute - produzione di uno strumento di comunicazione e sua diffusione - corso operatori nidi Report studio trasferibilità	- redazione profili di salute - diffusione strumenti di comunicazione prodotti - corso operatori nidi - proposte per scalabilità progetti
<b>OSR 2.1</b> <b>Azione 2.1.3</b> Ambienti sicuri	- presentazione dell'iniziativa e diffusione delle informazioni con i soggetti interessati	- incontri specifici per definire collaborazioni e accordi con i referenti di associazioni/uffici tecnici	- convenzioni/accordi - elaborazione e programmazione degli incontri di formazione	- realizzazione percorsi formativi
<b>OSR 2.2</b> <b>Azione 2.2.1</b> Come leggere l'etichetta dei prodotti confezionati per bambini: una guida all'uso	- inserimento etichette nella Banca dati regionale	- inserimento etichette nella Banca dati regionale - Corso di formazione regionale per operatori SIAN	- elaborazione guida	- diffusione guida
<b>Azione 2.2.2</b> Incidenti domestici: quali informazioni	- definizione delle collaborazioni con i diversi portatori d'interesse - elaborazione del percorso informativo	- attivazione percorso informativo sperimentale	- attivazione percorsi informativi	- attivazione percorsi informativi
<b>OSR 2.3</b> <b>Azione 2.3.1</b> Con meno sale la salute sale	- definizione e stampa di materiale per la comunicazione - incontri informazione/formazione nelle ASL indirizzati a panificatori e MMG	- interventi di sensibilizzazione nella ristorazione collettiva - incontri informazione/formazione nelle ASL indirizzati a panificatori e MMG	- attività di implementazione progetto, monitoraggio/valutazione	- attività di monitoraggio/valutazione
<b>OSR 2.4</b> <b>Azione 2.4.1</b> Rete regionale interventi nel contesto dei divertimenti notturno	- formalizzazione Rete - riunioni della Rete per la condivisione di strategie per la costruzione di alleanze locali, obiettivi, conoscenze, metodologie e strumenti - attivazione progetti multi-componente	- riunioni della Rete per la condivisione di strategie per la costruzione di alleanze locali, obiettivi, conoscenze, metodologie e strumenti - sperimentazione dell'utilizzo di Social Network e APP specifiche - attivazione progetti multi-componente	- riunioni della Rete per la condivisione di strategie per la costruzione di alleanze locali, obiettivi, conoscenze, metodologie e strumenti - sperimentazione dell'utilizzo di Social Network e APP specifiche - attivazione progetti multi-componente	- riunioni Rete per condivisione strategie per costruzione di alleanze locali, obiettivi, conoscenze, metodologie, strumenti - ampliamento rete ASL aderenti - sperimentazione utilizzo di Social Network e APP specifiche - attivazione progetti multi-componente
<b>Azione 2.4.2</b> Save the date	- realizzazione di eventi a carattere regionale o locale - predisposizione documenti divulgativi di approfondimento/aggiornamento - diffusione dei documenti sui siti istituzionali	- realizzazione di eventi a carattere regionale o locale - predisposizione documenti divulgativi di approfondimento/aggiornamento - diffusione dei documenti sui siti istituzionali	- realizzazione di eventi a carattere regionale o locale - predisposizione documenti divulgativi di approfondimento/aggiornamento - diffusione dei documenti sui siti istituzionali	- realizzazione di eventi a carattere regionale o locale - predisposizione documenti divulgativi di approfondimento/aggiornamento - diffusione dei documenti sui siti istituzionali
<b>OSR 2.5</b> <b>Azione 2.5.1</b> Walking programs	- riunioni gruppo di lavoro - ricerca e analisi di metodi e strumenti per l'elaborazione del Piano di valutazione - incontri con enti/associazioni per la programmazione di gruppi di cammino over64	- riunioni gruppo di lavoro - elaborazione del Piano di valutazione - attivazione gruppi di cammino over64	- riunioni gruppo di lavoro - sperimentazione del Piano di valutazione nei progetti di walking programs attivati a livello locale - mantenimento dei gruppi di cammino over64	- riunioni gruppo di lavoro - sperimentazione del Piano di valutazione nei progetti di walking programs attivati a livello locale - mantenimento dei gruppi di cammino over64
<b>OSR 2.6</b> <b>Azione 2.6.1</b> Rapporto uomo-animale: strategie d'informazione e attività di controllo	- individuazione delle criticità relativamente al sistema di registrazione dati in ingresso - movimentazioni ed elaborazione dati	- definizione del programma di revisione e aggiornamento delle anagrafi degli animali da affezione - definizione di programma straordinario di vigilanza sulle strutture di accoglienza e ricovero animali randagi - rilancio azioni per incentivare le iscrizioni in anagrafe	- attuazione del programma di revisione dell'anagrafe regionale informatizzata - prosecuzione programma straordinario di vigilanza sulle strutture di ricovero dei cani - prosecuzione delle azioni incentivanti le iscrizioni	- verifica di efficacia e consolidamento delle attività programmate

## Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma

- cambiamenti normativi
- risorse umane e strumentali a disposizione
- grado di coinvolgimento e di partecipazione dei diversi interlocutori esterni alla sanità
- sinergie e integrazioni di programmi con le altre direzioni regionali con cui si potrebbe interagire.

## Monitoraggio e contrasto disuguaglianze

Tra i fattori di rischio bersaglio degli obiettivi considerati in questo programma, dall'analisi dei dati piemontesi e di altre fonti di letteratura emerge che sono diversi i fattori di rischio per i quali le disuguaglianze sociali hanno una significativa frazione attribuibile alle disuguaglianze sociali (FADS): alimentazione scorretta ed alto consumo di grassi animali (circa 30%), inattività fisica (circa 20%), sovrappeso e soprattutto obesità (circa 30% negli uomini e 45% nelle donne), fumo (21% nei maschi e 15% nelle donne) e soprattutto i forti fumatori (50% nei maschi e 31% nelle donne), l'alcol (circa 12% nei maschi e -24% nelle donne, con uno svantaggio a carico delle più istruite) (fonte dati: Aspetti della Vita Quotidiana 2009-2012 e PASSI 2008-2013). Questo si traduce, per i suddetti fattori, in un forte impatto sulla prevalenza nella popolazione generale nel caso in cui si intervenisse con programmi atti a ridurre le disuguaglianze nell'esposizione (percentuale di riduzione della prevalenza del problema qualora si eliminassero le disuguaglianze di esposizione al fattore di rischio): per quanto riguarda l'attività fisica, una riduzione della prevalenza di inattivi del 11%; per il fumo, una riduzione del 4,3% dei fumatori e del 4,2% dei forti fumatori; per l'allattamento al seno, una riduzione delle madri che non allattano del 3,5%, con una riduzione del problema a livello di popolazione generale dello 0,2%; per l'alimentazione, una riduzione del 2,4% dell'insufficiente consumo di frutta e verdura, dello 0,5% per il consumo troppo frequente di carne, del 4,7% per il consumo scorretto di grassi; per l'alcol una riduzione dello 0,4% dei consumatori abituali; per l'uso dei dispositivi di sicurezza alla guida, una riduzione dello 0,5% dei non utilizzatori di cinture di sicurezza posteriori. Per quanto riguarda la guida in stato di ebbrezza, se si eliminassero le disuguaglianze la percentuale di persone che guidano sotto effetto dell'alcol salirebbe dell'1,4%, motivo per cui bisognerà concentrarsi su azioni di prevenzione ad hoc per i maggiormente istruiti.

Tutte le azioni previste dal programma saranno sottomesse entro il 2015 ad un esercizio rapido di *health equity audit* per identificare se ci sono esigenze di miglioramento dell'allocazione degli interventi per venire incontro alla distribuzione sociale del rischio. Le azioni relative ai fattori di rischio sedentarietà, sovrappeso e alimentazione scorretta, che hanno un impatto importante sulle disuguaglianze in Piemonte, saranno sottomesse ad un *health equity audit* più approfondito che si preoccuperà non solo di revisionare e correggere l'allocazione degli interventi in funzione del rischio, ma anche di revisionare l'efficacia attesa degli interventi per le diverse categorie di vulnerabilità sociale delle rispettive popolazioni bersaglio, al fine di modificarne il disegno e modalità d'intervento in caso di accertata minore efficacia tra i soggetti più vulnerabili.

Azione 2.1.1 <b>Linee guida per l'adozione della "Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica"</b>	<b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>			<b>OSR cui si riferisce</b>
	Favorire l'adozione della Carta di Toronto attraverso l'elaborazione di Linee guida regionali, ricercando e studiando la trasferibilità delle esperienze locali e nazionali. Le attività di ricerca e scrittura delle Linee guida saranno realizzate da un gruppo di lavoro regionale formato da rappresentanti della Rete Attività fisica Piemonte (RAP) e dal gruppo Guadagnare Salute Piemonte (GSP) Comunità e ambienti di lavoro. Le Linee guida saranno diffuse attraverso i siti e i canali istituzionali.			<b>OSR 2.1.</b> trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – agli operatori e ai decisori per orientare le azioni e le politiche
	<b>Livello cui si colloca:</b> Regionale			
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2017			
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>		
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
N. riunioni gruppo di lavoro	Almeno 2 riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 2 riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 1 riunione del gruppo di lavoro	-----
Linee guida per l'adozione della Carta di Toronto	Ricerca e analisi di materiali e documenti	Linee guida per l'adozione della Carta di Toronto elaborate	Diffusione delle Linee guida	-----

<p>Azione 2.1.2 <b>Primi 1.000 giorni: quali azioni, quali politiche</b></p>	<p><b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b> Sviluppare la strategia lifecourse degli interventi precoci di prevenzione e promozione della salute nei "primi mille giorni". Si procederà alla redazione di un "profilo di salute" per la fascia pre-concezionale, concezionale e 0-6; in relazione ai temi e contenuti individuati come prioritari nel profilo di salute, verranno elaborati, a livello regionale e locale, strumenti informativi concisi ed efficaci, come ad esempio i policy brief, per sensibilizzare decisori e stakeholders sull'importanza degli interventi precoci, da attuarsi nei primi 1.200 giorni di vita, che possono aumentare i fattori di protezione nello sviluppo del bambino/futuro adulto e ridurre le disuguaglianze; verrà inoltre concordato un intervento di formazione nei confronti degli operatori degli asili nido per il rafforzamento delle loro competenze come moltiplicatori dell'azione preventiva nei confronti delle famiglie; saranno inoltre seguiti alcuni progetti di sviluppo di comunità in corso ad opera di diversi soggetti (comuni, fondazioni,...) in modo da analizzarne gli elementi di successo e verificarne la scalabilità. L'azione sarà coordinata dal gruppo di lavoro regionale "Genitori + e interventi precoci".</p>				<p><b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 2.1.</b> Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – agli operatori e ai decisori per orientare le azioni e le politiche <b>OSR 2.2.</b> Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte <b>OSR 2.4.</b> Sviluppare iniziative e progetti di empowerment</p>			
	<p><b>Livello cui si colloca:</b> Regionale</p>							
	<p><b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018</p>							
	<p><b>Indicatori di processo</b></p>	<p><b>Standard per anno di applicabilità</b></p>						
		<p><b>2015</b></p>	<p><b>2016</b></p>	<p><b>2017</b></p>	<p><b>2018</b></p>			
	<p>Redazione di un profilo di salute "primi 1000 giorni"</p>	<p>Disponibile l'indice del profilo</p>	<p>Profilo disponibile in un dipartimento materno-infantile (DMI)</p>	<p>Profilo disponibile nel 50% dei DMI</p>	<p>Profilo disponibile nel 70% dei DMI</p>			
	<p>Numero di strumenti informativi prodotti</p>	<p>Almeno uno strumento prodotto</p>	<p>Almeno uno strumento prodotto</p>	<p>Almeno uno strumento prodotto</p>	<p>-----</p>			
<p>Valorizzazione e diffusione degli strumenti prodotti</p>	<p>-----</p>	<p>Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito ed una newsletter regionale</p>	<p>Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito ed una newsletter regionale</p>	<p>Diffusione degli strumenti prodotti attraverso almeno un sito ed una newsletter regionale</p>				
<p>Formazione per educatori di asili nido</p>	<p>Progettazione del modulo formativo</p>	<p>Almeno 1 edizione del corso</p>	<p>Almeno 1 edizione del corso</p>	<p>Almeno 1 edizione del corso</p>				
<p>Studio di "trasferibilità" progetti di sviluppo di comunità</p>	<p>Report su definizione modello di analisi e selezione progetti</p>	<p>Report intermedio</p>	<p>Report finale</p>	<p>-----</p>				

Azione 2.1.3 <b>Ambienti sicuri</b>	<b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b> Creare una rete di tecnici sensibili ai problemi della prevenzione che, operando nelle case (ristrutturazioni e manutenzione) e nei luoghi del tempo libero (parchi gioco e palestre), sfruttino l'occasione per informare gli utenti sul corretto utilizzo degli impianti, divenendo moltiplicatori delle azioni preventive.  Si prevede di: - attivare e/o consolidare la collaborazione con le associazioni degli artigiani e degli impiantisti perché i nuovi impianti e i lavori di manutenzione siano accompagnati da informazioni agli utenti sul corretto utilizzo e sui rischi possibili; - collaborare con i tecnici dei Comuni perché sia posta attenzione alla sicurezza delle attrezzature presenti nei parchi giochi per i bambini; - collaborare con i gestori delle palestre perché sia posta attenzione alla sicurezza delle attrezzature e degli impianti; - stipulare convenzioni/accordi con le associazioni interessate e con i Comuni per la diffusione di buone pratiche anche attraverso momenti di formazione ad hoc.			<b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 2.1.</b> Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – agli operatori e ai decisori per orientare le azioni e le politiche
<b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale				
<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018				
<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
N. incontri con i responsabili delle associazioni/uffici tecnici per definire collaborazioni e attività	Invio informative sull'obiettivo	Almeno 2 incontri con i referenti di associazioni/uffici tecnici	Firma convenzioni/ accordi e programmazione incontri di formazione	-----
N. di percorsi formativi realizzati	-----	-----	-----	Realizzazione di almeno due percorsi formativi

Azione 2.2.1 <b>Come leggere l'etichetta dei prodotti confezionati per bambini: una guida all'uso</b>	<b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>			<b>OSR cui si riferisce OSR 2.2.</b> Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte	
	Favorire una lettura consapevole delle etichette attraverso: - l'aggiornamento della Banca dati regionale delle etichette dei prodotti confezionati (raccolte nell'ultima edizione di "OKkio alla salute"); - la realizzazione di un corso di formazione regionale per operatori SIAN, delle varie ASL del Piemonte, che si occupano di nutrizione; - l'elaborazione di materiale informativo (Guida) per i consumatori (genitori e nonni) e sua divulgazione.  L'aggiornamento della Banca dati e il corso di formazione saranno effettuati dall'ASL TO3 (ASL capofila). La guida sarà costruita da un gruppo di lavoro regionale, da costituirsi, coordinato dall'ASL TO3.				
	<b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale				
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018				
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>		<b>2017</b>
<b>Indicatore sentinella:</b> <b>Etichette caricate in Banca dati</b>	<b>Caricamento del 50% delle etichette raccolte</b>	<b>Completamento del caricamento di tutte le etichette raccolte</b>	-----	-----	
Corso di formazione	-----	Erogazione corso	-----	-----	
<b>Indicatore sentinella:</b> <b>Guida per la lettura ragionata dell'etichetta</b>	-----	-----	<b>Guida elaborata</b>	<b>Diffusione della Guida</b>	

Azione 2.2.2 <b>Incidenti domestici: quali informazioni</b>	<b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>			<b>OSR cui si riferisce OSR 2.2.</b> Trasferire le migliori prove di efficacia – disponibili su interventi specifici di prevenzione e promozione della salute – alla popolazione per orientare le scelte	
	Attivare percorsi informativi presso le strutture che accolgono gli anziani nel tempo libero – ad esempio i centri ricreativi – o presso le strutture residenziali, per aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione.  Si prevede di organizzare e attivare, a livello locale, interventi informativi rivolti agli anziani sui rischi domestici, attraverso la collaborazione dei centri per anziani e dei sindacati di categoria.				
	<b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale				
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018				
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>		<b>2017</b>
<b>Indicatore sentinella:</b> <b>N. percorsi informativi attivati</b>	<b>Contatti con le strutture interessate</b>	<b>Attivazione di almeno 1 percorso informativo sperimentale nel 50% delle ASL</b>	<b>Attivazione di almeno 1 percorso informativo in tutte le ASL</b>	<b>Attivazione di almeno 1 percorso informativo nel 50% dei distretti delle ASL</b>	

Azione 2.3.1 <b>Con meno sale la salute sale</b>	<b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>			<b>OSR cui si riferisce</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione accordo regione-associazione categoria</li> <li>- definizione poster e materiale informativo</li> <li>- attuazione di incontri di informazione/formazione indirizzati ai panettieri e addetti ristorazione collettiva finalizzati alla riduzione del contenuto di sale nelle preparazioni alimentari</li> <li>- informazione ai consumatori con il supporto dei MMG.</li> </ul> <p>Si prevede di attuare il progetto in tutte le ASL mediante l'organizzazione di incontri informativi/formativi, documenti di indirizzo e di sostenerne l'implementazione con azioni di sensibilizzazione/comunicazione.</p>			<b>OSR 2.3.</b> Aumentare la disponibilità di alimenti a ridotto contenuto di sale e l'informazione al consumatore (Progetto regionale "Con meno sale la salute sale")
	<b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale			
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018			
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>		
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Indicatore sentinella:</b> <b>Definizione accordo e produzione materiale per la comunicazione</b>	<b>Evidenza documentale</b>	-----	-----	-----
Incontri di informazione/formazione nelle ASL indirizzati a panificatori	Almeno 1 per ASL	Almeno 1 per ASL	-----	-----
<b>Indicatore sentinella:</b> <b>Attività di implementazione/monitoraggio</b>	-----	<b>Almeno un'azione per ASL</b>	<b>Almeno un'azione per ASL</b>	<b>Almeno un'azione per ASL</b>

Azione 2.4.1 <b>Prevenzione del consumo dannoso di alcolici nel contesto del divertimento e Promozione della guida responsabile: Rete Regionale e Progetti multi-componente</b>	<b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppare una rete regionale che coordini e indirizzi programmi di empowerment di comunità locale per contrastare il consumo di alcol a rischio nei contesti del divertimento e i comportamenti di guida in stato di ebbrezza alcolica.</li> <li>- Promuovere alleanze a livello locale tra gestori dei locali pubblici, prefettura, associazionismo, decisori e operatori della sanità al fine di sviluppare empowerment di comunità sul problema.</li> <li>- Migliorare nei destinatari finali la percezione del proprio stato psicofisico dopo assunzione di alcol e modificare l'intenzione di guidare anche se in stato di ebbrezza a seguito degli interventi di counselling e informativi realizzati nei contesti del divertimento.</li> </ul> Attività principali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Costituzione e formalizzazione di un tavolo regionale di coordinamento e d'indirizzo</b>, in continuità con quanto realizzato dal coordinamento Safe Night Piemonte nato con il programma CCM GSA, che sulla base del lavoro di confronto tra esperienze territoriali diverse ha consentito la costruzione di una visione comune circa la mission e gli obiettivi degli interventi nei contesti del divertimento giovanile notturno. Il tavolo avrà il compito di:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ampliare la rete delle ASL aderenti;</li> <li>• condividere le strategie per la costruzione di alleanze locali tra associazioni del privato sociale, del volontariato, del mondo giovanile (Peer Educator), Gestori del divertimento, amministrazioni locali. La revisione ha raccolto sufficiente evidenza per sostenere l'efficacia della responsabilità civile dei locali che somministrano alcol sui danni conseguenti il consumo eccessivo di alcolici, in particolare morte per incidente stradale, mentre non è stata registrata una diminuzione significativa di comportamenti associati al consumo eccessivo di alcolici come il binge drinking (NIEBP);</li> <li>• condividere criteri, standard, strumenti, obiettivi, metodologie, conoscenze e valutazione anche con gli operatori delle ASL nuove aderenti al tavolo sviluppando Programmi multi-componente universali per la prevenzione del consumo dannoso di alcolici nei giovani (NIEBP) con interventi di counselling individuali da parte degli operatori delle postazioni mobili, con interventi di formazione-sensibilizzazione dei gestori del divertimento giovanile notturno, con interventi di advocacy con gli amministratori locali;</li> <li>• mantenere vivo il confronto con le altre regioni che hanno avviato percorsi simili.</li> </ul> </li> <li>- <b>Pianificazione e realizzazione di progetti multicomponente</b> coordinati a livello regionale che prevedono               <ul style="list-style-type: none"> <li>• formazione-sensibilizzazione dei gestori del divertimento giovanile notturno;</li> <li>• advocacy con gli amministratori locali;</li> <li>• counseling individuali svolti da parte degli operatori delle postazioni mobili con l'ausilio di etilometri, simulatori di guida, occhiali alcolemici, materiali informativi ecc.</li> </ul> </li> </ul> I progetti sono in continuità con quanto realizzato dal coordinamento Safe Night Piemonte nato con il programma CCM GSA. La continuità con progetti preesistenti consente di valorizzare le esperienze pregresse, le alleanze e le partnership già avviate e nel contempo di favorire l'adesione ai criteri di buone pratiche. Si intende sperimentare in alcune ASL l'utilizzo di social network e di APP specifiche, quali modalità comunicative innovative, all'interno dei programmi in atto.				<b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 2.4</b> Sviluppare iniziative e progetti di empowerment
	<b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale				
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-20018				
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Indicatore sentinella:</b> <b>Formalizzazione Rete</b>	<b>Costituzione e formalizzazione della rete Sì/NO</b>	Mantenimento e sviluppo della rete	Mantenimento e sviluppo della rete	Mantenimento e sviluppo della rete	
N. riunioni annuali della Rete	Riunioni bimestrali	Riunioni bimestrali	Riunioni bimestrali	Riunioni bimestrali	
<b>Indicatore sentinella:</b> <b>N. di ASL che attivano progetti nel contesto del divertimento</b>	Almeno 3 ASL che partecipano alla Rete attivano progetti multicomponente	<b>Almeno 4 ASL attivano progetti</b>	<b>Almeno 4 ASL attivano progetti</b>	<b>Almeno 5 ASL attivano progetti</b>	



Azione 2.4.2 <b>Save the date</b>	<b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b> Promuovere azioni di sensibilizzazione in occasione delle giornate tematiche celebrate dall'OMS (quali ad esempio la Settimana della salute mentale, la Settimana mondiale dell'allattamento del seno, la Giornata mondiale dell'attività fisica, fumo...) per sviluppare l'empowerment e mantenere viva l'attenzione della popolazione, e non solo degli addetti ai lavori, su: - gli sviluppi della ricerca; - l'importanza e la promozione di uno stile di vita salutare; - l'importanza e la promozione del benessere mentale oltre a quello fisico, con particolare attenzione a contrastare lo stigma e l'idea di "incurabilità" che da sempre accompagna la sofferenza mentale.  Il GSP, tutti i settori e i gruppi di lavoro regionali direttamente coinvolti metteranno in atto iniziative di sensibilizzazione, in collaborazione con quelle messe in atto a livello locale dalle ASL. Le iniziative potranno prevedere la realizzazione di eventi tematici specifici realizzati a livello regionale o locale dalle ASL e la messa a disposizione, attraverso i siti istituzionali ( <a href="http://www.regione.piemonte.it">www.regione.piemonte.it</a> ; <a href="http://www.dors.it">www.dors.it</a> ) di materiale documentale divulgativo di approfondimento/aggiornamento.			<b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 2.4</b> Sviluppare iniziative e progetti di empowerment	
	<b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale				
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018				
	<b>Indicatori di processo</b>		<b>Standard per anno di applicabilità</b>		
			<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Azioni di sensibilizzazione <i>(eventi e/o materiali su siti istituzionali)</i>		- Almeno 1 evento - Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento	- Almeno 1 evento - Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento	- Almeno 1 evento - Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento	- Almeno 1 evento - Pubblicazione di almeno 1 documento divulgativo di approfondimento/aggiornamento

Azione 2.5.1 <b>Walking programs</b>	<b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b> Sostenere la pratica dell'attività fisica e contribuire al raggiungimento dei livelli raccomandati per fascia di età attraverso i 'walking programs' - fit o nordik walking, gruppi di cammino - attività spontanee e accessibili a tutti.  I 'walking programs' sono la tipologia di intervento più diffusa per la promozione dell'attività fisica a livello locale. Con quest'azione si vuole mettere a disposizione dei professionisti, sanitari e non, strumenti di progettazione e di valutazione per la realizzazione di 'walking programs' destinati alla popolazione adulta e, in particolare, agli ultra 64enni e favorirne l'attivazione su tutto il territorio regionale.  In particolare si prevede di: - elaborare, nell'ambito delle attività della Rete Attività fisica Piemonte (RAP), un modello di piano di valutazione, articolato in più fasi e corredato di strumenti per la sua applicazione, da sperimentare nei progetti di 'walking programs' attivati a livello locale; - aumentare l'offerta di "gruppi di cammino" da parte di ASL e Comuni attivando gruppi di cammino in tutte le ASL della Regione in collaborazione con i Comuni, le circoscrizioni, i centri per anziani o altri Enti/Associazioni che lavorano con loro.				<b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 2.5</b> Incoraggiare la pratica dell'attività fisica nella popolazione adulta e anziana
	<b>Livello cui si colloca:</b> Regionale e Locale				
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018				
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
	N. riunioni gruppo di lavoro	Almeno 1 riunione del gruppo di lavoro	Almeno 2 riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 2 riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 1 riunione del gruppo di lavoro
	Piano di valutazione	Ricerca e analisi di documenti e strumenti	Piano di valutazione elaborato	-----	-----
N. di progetti di walking programs realizzati localmente dalle ASL che sperimentano il Piano di valutazione	-----	-----	Almeno il 20% dei progetti di walking programs	almeno il 40% dei progetti di Walking programs	
N. di gruppi di cammino attivati	N. incontri con Enti/Associazioni per la programmazione delle attività	Attivazione di almeno 1 gruppo di cammino in tutte le ASL	Mantenimento dell'attività	Attivazione di almeno 1 gruppo di cammino nel 80% dei distretti delle ASL	

Azione 2.6.1 <b>Rapporto uomo-animale: strategie d'informazione e attività di controllo</b>	<b>Obiettivi e descrizione dell'azione</b>				<b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 2.6</b> Prevenire il randagismo, attraverso strategie d'informazione e comunicazione per la popolazione e attività di controllo su canili e rifugi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educare, informare e sensibilizzare la popolazione sulle tematiche relative al fenomeno del randagismo, al corretto rapporto uomo/animale e alle zoonosi.</li> <li>- Armonizzare a livello regionale l'utilizzo dell'anagrafe canina per migliorarne le performance.</li> <li>- Attuare attività di controllo straordinario su tutte le strutture che accolgono cani senza proprietario (canili e rifugi).</li> </ul> <p>Si prevede di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizzare attività di informazione e divulgazione. Queste attività saranno organizzate, su base pluriennale, in sinergia con gli altri programmi di settore che si occupano di promozione della salute, al fine di conseguire, nel quadriennio, gli obiettivi specifici regionali di comunicazione dei principi di prevenzione e di rilancio dell'incentivazione all'iscrizione all'anagrafe canina. I destinatari di questa attività saranno: proprietari di animali, professionalmente e non professionalmente esposti, popolazione sensibile;</li> <li>- standardizzare gli strumenti di verifica e di efficienza;</li> <li>- attuare un piano di vigilanza delle strutture;</li> <li>- incentivare le iscrizioni all'anagrafe canina.</li> </ul>				
	<b>Livello cui si colloca:</b> Regionale, locale e puntuale				
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018				
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	
Predisposizione e realizzazione di un piano di informazione/comunicazione rivolto alle popolazioni target	Definizione delle strategie di comunicazione e dei sistemi di valutazione dei risultati	Predisposizione piano informazione	Almeno il 30 % di attuazione del piano di informazione	100% attuazione del piano di informazione predisposto	
Proporzione cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati *	Consolidamento dei risultati 2014	Raggiungimento del 53,5%	Raggiungimento del 54%	Raggiungimento del 55%	
Proporzione controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Almeno 33% dei controlli previsti dal programma	100% dei controlli previsti dal programma	100% dei controlli previsti dal programma	100% di almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile pubblico o privato	

\* L'individuazione degli standard per il quadriennio 2015-2018 tiene conto dell'andamento tendenziale, con le relative fluttuazioni, e dei risultati conseguiti nel periodo 2006-2013, come evidenziato nel profilo di salute (p. 46). Si è pertanto ritenuto di consolidare il dato 2014 anche per il 2015 e di riportare il valore 2016 nei limiti del trend fin qui evidenziatosi, nella consapevolezza dell'impossibilità di conseguire nel periodo considerato risultati sovrapponibili agli anni passati. I dati previsionali del quadriennio della Regione Piemonte tendono comunque al raggiungimento del limite di riferimento per il consolidamento dei risultati a livello nazionale.

