Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2018

Dicembre 2016

Regione Lombardia

Pag.

Indice

La prevenzione e la promozione della salute alla luce della legge regionale 23/2015 di evoluzione del sistema socio sanitario lombardo 2

Introduzione 7

***Accountability* dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione: la *governance* della prevenzione in Regione Lombardia** 9

Analisi di contesto 14

Prevenzione e promozione della salute 21

Equità nella prevenzione - Contrasto delle disuguaglianze 43

Programmi regionali 52

Quadro logico regionale 52

1. Reti per la Promozione della Salute negli ambienti di lavoro 53
2. Scuole che Promuovono Salute - Rete SPS- SHE Lombardia 61
3. Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita 69
4. Promozione di stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità 76
5. Screening oncologici 82
6. Prevenzione della Cronicità 88
7. Rete regionale per la prevenzione delle dipendenze 95
8. Prevenzione, sorveglianza e controllo malattie infettive 103
9. Tutela della salute e sicurezza del lavoratore 112
10. Integrazione Salute e Ambiente 123
11. Piano dei controlli sulle sostanze chimiche 130
12. Prevenzione e controllo rischio amianto 135
13. Sicurezza alimentare per la tutela del consumatore e sanità pubblica veterinaria 140

Allegato
Quadro d'insieme indicatori regionali 153

LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ALLA LUCE DELLA LEGGE REGIONALE 23/2015 DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO

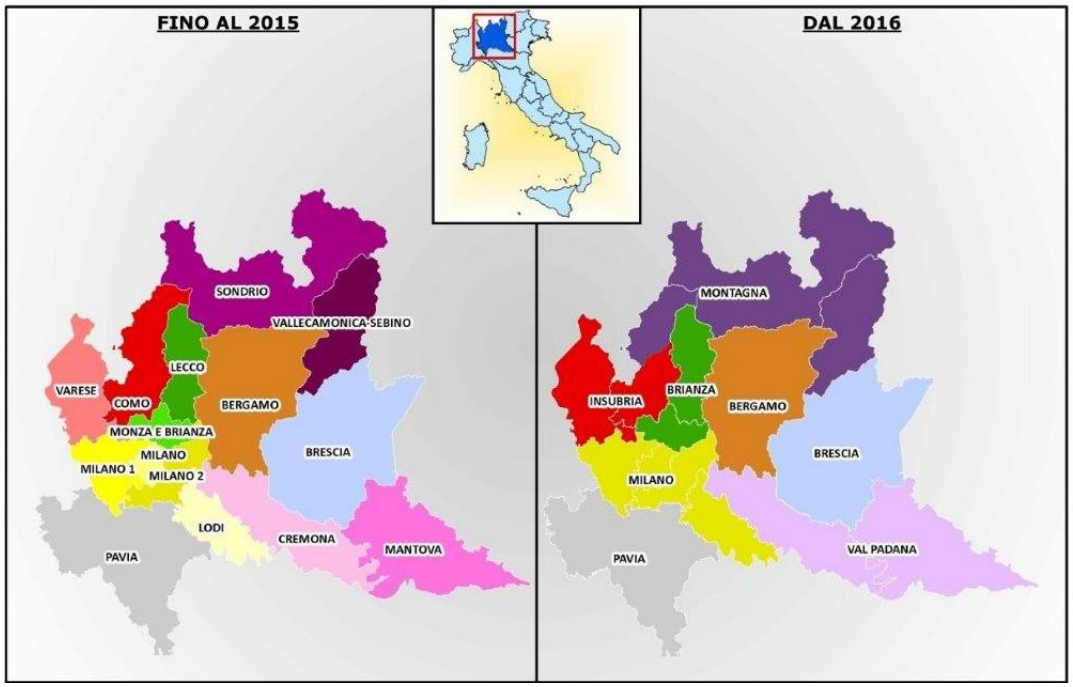
L'evoluzione del sistema sociosanitario Lombardo (SSSL), avviata con la l.r. n. 23/2015, è caratterizzata da un duplice orientamento: da un lato introduce l'integrazione del sistema sanitario con il sociosanitario, l'ambito ospedaliero con l'assistenza sul territorio, la continuità delle cura per i malati cronici e i pazienti acuti post-degenza; dall'altro rafforza i capisaldi già presenti nella l.r. n. 33/2009, quali la libertà di scelta, la separazione delle funzioni di programmazione, erogazione e controllo, confermando le azioni di promozione dell'appropriatezza clinica ed economica, attraverso l'implementazione della rete sanitaria, sociosanitaria ospedaliera e territoriale, il sostegno e l'implementazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute, l'incentivazione dell'attività di ricerca, della sperimentazione e dell'innovazione biomedica e sanitaria.

L'innovazione introdotta dalla l.r. n. 23/2015 permette di erogare tutte le funzioni di sistema orientandole non più solo alla cura, ma al "prendersi cura" del cittadino nel suo complesso: dalla prevenzione ai controlli, dalla cura per le patologie croniche all'eccellenza raggiunta nelle cure specialistiche ospedaliere e della rete dell'emergenza-urgenza.

Il riassetto organizzativo è stato attuato avendo come riferimento i seguenti principi fondamentali:

- passare dalla «cura» al «prendersi cura» per assicurare una migliore integrazione sul territorio con tutti gli attori che costituiscono il sistema e per seguire il paziente durante l'intero percorso assistenziale;
- prevedere un nuovo modello organizzativo (Schema a pag. 6 "Il nuovo Sistema Socio-Sanitario Lombardo") che separi le funzioni chiave dell'intero sistema: la programmazione e *la governance* (Regione e Agenzie di Tutela della Salute - ATS), l'erogazione delle prestazioni (Aziende Socio Sanitarie Territoriali - ASST - e erogatori privati accreditati) e il controllo (Agenzia di controllo del SSL in raccordo funzionale con le ATS),
- perseguire una maggior appropriatezza nelle cure finalizzata all'integrazione con il territorio, assicurando il percorso nell'ottica dell'efficacia degli interventi e della corretta valorizzazione senza frammentazione.

Di seguito viene mostrata la nuova organizzazione territoriale (passaggio da ASL ad ATS).



Le 8 ATS, istituite con l.r. n. 23/2015, hanno i seguenti ambiti territoriali di riferimento (popolazione - anno 2016):

- **ATS di Bergamo**, popolazione residente: 1.108.298;
- **ATS di Brescia**, popolazione residente: 1.163.407;
- **ATS della Brianza**, popolazione residente: 1.205.330;
- **ATS dell'Insubria**, popolazione residente: 1.434.852;
- **ATS della Città Metropolitana di Milano**, popolazione residente 3.437.922;
- **ATS della Montagna**, popolazione residente: 337.302;
- **ATS di Pavia**, popolazione residente: 547.926;
- **ATS della Val Padana**, popolazione residente: 773.312.

In ambito preventivo, il nuovo modello organizzativo territoriale ha il fine di operare per una diffusa azione di prevenzione nelle comunità, per migliorare e qualificare l'offerta dei servizi al cittadino (vaccinazioni, screening, ecc.) e per integrare in modo più efficace ed efficiente Enti e soggetti del sistema-Regione. In questa ottica le 8 ATS istituite, hanno la funzione di *governance* della rete sanitaria e sociosanitaria nel proprio ambito territoriale, della gestione delle risorse e dell'erogazione delle prestazioni di tutela della salute.
L'alleanza con altri settori della società (lavoro, scuola e comunità) è, inoltre, occasione di integrazione tra gli aspetti di promozione della salute e gli aspetti di presa in carico del paziente.

In Regione Lombardia la competenza per la programmazione delle attività di prevenzione svolte dalle ATS per la tutela della salute della comunità e della singola persona è in capo alla UO Prevenzione. Il ruolo di *governance*, fondato su criteri di semplificazione e sulle evidenze scientifiche disponibili, si esplica nella emanazione di linee di indirizzo per la prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative, la promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, la vigilanza e il controllo su attività economiche e di servizi ai fini della tutela dei lavoratori e dei consumatori.

Al livello regionale compete, tramite sistemi informativi specifici, la verifica delle attività e prestazioni effettuate dalle ATS, sotto il profilo quali-quantitativo e dei risultati anche in termini di guadagno di salute derivante, valutando conseguentemente l'efficacia delle linee strategiche regionali adottate; esamina l'efficienza dei diversi modelli organizzativi e favorisce l'integrazione tra Dipartimenti/Servizi.

Le competenze delle ATS in materia di igiene, prevenzione sanitaria e promozione della salute fanno capo ai Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) che assicurano il pieno adempimento di quanto previsto dai LEA e concorrono alla realizzazione del PRP 2014-2018. Fanno parte del DIPS le Unità Operative complesse, quali:

a) Igiene e sanità pubblica, Salute-Ambiente
b) Igiene alimenti e nutrizione
c) Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro
d) Medicina preventiva nelle comunità
e) Promozione della salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali

Nello specifico, l'art.4 bis della l.r. n. 23/2015, nel riferirsi al Piano Regionale della Prevenzione (PRP) quale strumento programmatorio regionale per tutta l'area della prevenzione e della promozione e tutela della salute coerente con gli indirizzi nazionali, ripercorre tutti gli ambiti e le aree di competenza del nuovo dipartimento, superando la logica della mera elencazione ed introducendo una visione complessiva della prevenzione che comprende anche l'area della promozione della salute e della prevenzione di fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche degenerative, ivi comprese le dipendenze.

In tal senso, si evidenzia in particolare che l'area "promozione della salute e prevenzione delle malattie cronico- degenerative" che nell' Art. 7-ter, comma 2 del D.lvo 502 era attribuita alle funzioni del DPM in chiave di "contributo" in collaborazione con altri servizi e dipartimenti aziendali, trova nella l.r. n. 33/2009 (Titolo VI art. 57) modificata dalla l.r. n. 23/2015 (Art. 4) un ampio sviluppo di indirizzo (che ricomprende il contrasto di tutti i fattori di rischio comportamentali - alimentazione, attività fisica, tabagismo, alcool, dipendenze, ecc. - e la contestuale promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione e di ridurre le disuguaglianze) e la piena collocazione nel DIPS di tutta la relativa filiera di riferimento: *governance*, programmazione, erogazione in ambito di comunità e raccordo con erogatori territoriali della presa in carico individuale (ASST), attivazione dei settori non sanitari e raccordo con il sistema sociale.

In questo contesto, con particolare riferimento alla Promozione della Salute e Prevenzione fattori di rischio comportamentali, le ATS assicurano i LEA attraverso la programmazione, progettazione e gestione/erogazione di attività integrate di promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentali (tabagismo, dipendenze, sedentarietà, scorretta alimentazione, comportamenti sessuali a rischio, ecc.) nei contesti collettivi e di comunità, in linea con quanto previsto dal PRP nonché da eventuali normative di settore ("Guadagnare Salute", ecc.).

L'ATS, inoltre:

- indirizza e raccorda gli erogatori territoriali (ASST) in relazione ad interventi di prevenzione individuale nell'ambito dei percorsi di presa in carico (NCDs, Salute Mentale, Dipendenze, NPI, ecc.) e delle attività consultoriali;
- Garantisce il raccordo e l'attivazione di tutti i Settori non sanitari (Scuola, Impresa, Università, Associazioni, EELL, ecc.), a vario titolo responsabili di policy/interventi che concorrono alla promozione della salute delle comunità locali;
- Garantisce la gestione e lo sviluppo di sistemi di sorveglianza e analisi epidemiologica su determinanti di salute e comportamenti (HBSC, OKkio, ecc.) e di strumenti e percorsi interdisciplinari per l'orientamento della programmazione intersettoriale in termini di appropriatezza (*effectiveness*, sostenibilità, equità).

Nella logica di separazione tra programmazione, controllo ed erogazione, le prestazioni di prevenzione quali, ad esempio, la profilassi vaccinale, gli screening oncologici, la presa in carico precoce di MTS, sono erogate dalle ASST secondo gli indirizzi regionali e con *governance* in capo al DIPS-ATS.

Si citano solo ad esemplificazione le novità introdotte nell'organizzazione dell'offerta vaccinale: nell'ASST è prevista una UO Vaccinazioni a cui afferiscono le seguenti attività:

- vaccinazione universale: tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi regionali;
- vaccinazione categorie a rischio (patologia, status): tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi regionali, in raccordo con le strutture organizzative cliniche e con la medicina del territorio per l'identificazione del target;
- profilassi internazionale.

Poiché alla ASST non è assegnato uno specifico territorio di competenza e relativa popolazione residente, i soggetti arruolabili nei percorsi vaccinali sono assegnati dal DIPS ATS nell'ambito del processo di contrattazione annuale.

Inoltre, al fine di garantire un coordinamento trasversale tra le differenti professionalità e specializzazioni ospedaliere che concorrono nell'offerta di attività preventive è stata definita una funzione trasversale PREVENTION PROCESS OWNER.

L'Unità Organizzativa Veterinaria attua le politiche regionali in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare ai sensi dei regolamenti (CE) 178/02 e 882/04 e art.100 della legge regionale 15/16. A tal fine adotta il Piano Regionale Integrato della sanità pubblica veterinaria , documento programmatico che definisce le linee di indirizzo per il governo delle prestazioni veterinarie come definito dai livelli essenziali di assistenza.

In questo contesto le ATS tramite i Dipartimenti Veterinari e sicurezza degli alimenti di origine animale implementano ad attuano sul territorio le linee di azione previste dal summenzionato Piano Regionale con l'approvazione del Piano integrato aziendale della prevenzione veterinaria (PIAPV).

In attuazione delle linee guida regionali sui POAS i Dipartimenti soprarichiamati esercitano la funzione di governo delle prestazioni sanitarie di competenza della sanità pubblica veterinaria che sono erogate dai Distretti Veterinari.

Il Dipartimento Veterinario è articolato in Unità organizzative complesse con funzioni specialistiche:

1. Servizio di sanità animale;
2. Servizio di igiene delle produzione, trasformazione, commercializzazione degli alimenti di origine animale;
3. Servizio di Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche;
4. U.O igiene urbana e prevenzione del randagismo ,tutela degli animali d'affezione e interventi assistiti con animali (*pet-therapy*).

I Distretti Veterinari , strutture dotate di autonomia gestionale tecnica e amministrativa , operano in coordinamento con il Dipartimento dal quale dipendono funzionalmente e gerarchicamente per il raggiungimento degli obiettivi fissati dal PIAPV.

Tale modalità organizzativa, che assicura una capillare presenza sul territorio dei Veterinari Ufficiali, consente di interagire con gli operatori economici lungo tutta la filiera agroalimentare in modo da garantire una maggiore efficacia delle misure di prevenzione sanitaria e di promuovere una maggiore corresponsabilizzazione dei medesimi Operatori sugli obiettivi della "legislazione alimentare" e della sanità animale con il controllo di filiera dal "campo alla tavola".

Complessivamente, nell'ambito della programmazione aziendale è data particolare attenzione all'impatto dei LEA sul processo di definizione degli obiettivi vincolanti e strategici.

L'importante cambiamento sopra brevemente descritto che si va realizzando con la legge di evoluzione del servizio socio sanitario lombardo rende quindi necessario aggiornare i livelli di responsabilità tra i diversi soggetti coinvolti nella attuazione degli obiettivi di promozione e tutela della salute indicati dal Piano Nazionale di Prevenzione e perseguiti attraverso la realizzazione dei programmi del presente Piano Regionale della Prevenzione.

Il nuovo Sistema Socio-Sanitario Lombardo

(attuazione della Legge Regionale nr.23/2015)

Ver: 1.0
Author: Prestosi G.
Date: 29/10/2015

INTRODUZIONE

Nella seduta del 13 novembre 2014 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano è stata sottoscritta l'Intesa sul Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 (PNP).

Il PNP, che per la sua definizione ha visto la stretta collaborazione tra Ministero della Salute e Regioni, individua pochi macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni attraverso la messa a punto di Piani e Programmi che, partendo dagli specifici contesti locali, nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi. I Macro Obiettivi sono stati individuati e fissati sulla base di queste priorità: ridurre il carico di malattia; investire sul benessere dei giovani; rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive; rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili; considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.

Si connota per l'adozione di percorsi metodologicamente condivisi, al fine di favorire la qualità della programmazione, la comparabilità dei prodotti e dei risultati e la crescita di cultura ed *expertise* di tutti i livelli di responsabilità coinvolti nella messa a punto e nell'attuazione dei Piani. Un ulteriore elemento di evoluzione del nuovo Piano, scaturito dalle precedenti esperienze, è la scelta di fissare (pochi) obiettivi comuni a Stato e Regioni e lasciare alla programmazione inserita nei vari contesti regionali la definizione delle popolazioni target e la gestione delle azioni funzionali al raggiungimento di tali obiettivi.

I 10 Macro Obiettivi del PNP 2014-2018 sono:

1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani
4. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
6. Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti
7. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute
9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie
10. Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Come previsto dall'Intesa del 23 marzo 2005, Regioni e Province Autonome convengono di confermare anche per questo quinquennio, per la completa attuazione del PNP, la destinazione di 200 milioni di Euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 7 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni. Tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del PNP 2014-2018, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali.

L'Intesa prevede che le regioni, con atto formale da emanarsi entro il 31.12.2014 si impegnino ad assumere nel proprio Piano Regionale della Prevenzione (PRP), la visione, i principi, le priorità, la struttura del Piano nazionale, attraverso l'individuazione di Programmi regionali, integrati e trasversali ed in coerenza con gli elementi propri del contesto regionale.

Il successivo Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25.03.2015 concernente il "Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento di valutazione" ha:

- esplicitato gli obiettivi, i requisiti, i criteri, l'oggetto della valutazione, le regole e la tempistica della certificazione dei PRP finalizzata alla certificazione LEA dell'avvenuto raggiungimento degli obiettivi dello stesso PRP - adempimento LEA: U) Prevenzione, del quale il Piano Nazionale della Prevenzione è parte integrante;
- previsto la possibilità nel 2017 di una ri-modulazione alla luce dell'avanzamento verso gli obiettivi concordati e i relativi risultati attesi e dell'eventuale mutamento del contesto nazionale e di quelli regionali, fermo restando il quadro logico centrale;
- impegnato ogni Regione ad adottare, entro il 31 maggio 2015, il proprio Piano Regionale di Prevenzione per la realizzazione del PNP 2014-2018.

Regione Lombardia con DGR. n. X/2934 del 19.12.2014 "Impegno, ai sensi dell'intesa Stato-Regioni del 13.11.2014 Concernente Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, ad assumere nell'emanando Piano Regionale della Prevenzione, la visione, i principi, le priorità, la struttura dello stesso, attraverso l'individuazione di Programmi regionali, integrati e trasversali ed in coerenza con gli elementi propri del contesto lombardo", ha recepito il PNP 2014-2018 e approvato il "Documento di sintesi dell'emanando Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018".

Il presente documento "Piano Regionale della Prevenzione 2014 - 2018", descrive i programmi regionali, integrati e trasversali, con i quali si intende dare attuazione a tutti i Macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali, definendo gli obiettivi specifici in modo coerente con gli obiettivi centrali e con l'analisi di contesto regionale, in modo da contribuire a garantire il perseguimento degli obiettivi nazionali.
I programmi regionali, supportati da azioni basate sulle migliori evidenze di efficacia disponibili, danno evidenza di integrazione e realizzazione nell'ambito della più complessiva programmazione regionale, della sostenibilità delle azioni proposte, con un approccio per *setting* e per ciclo di vita ed orientato alla prevenzione e al contrasto delle disuguaglianze.

Pertanto, al fine di soddisfare le esigenze emerse dai Macro Obiettivi del PNP 2014-2018, Regione Lombardia ha declinato le proprie attività nei seguenti programmi:

1. Reti per la Promozione della Salute negli ambienti di lavoro
2. Scuole che Promuovono Salute - Rete SPS - SHE Lombardia
3. Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita
4. Promozione di stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità
5. Screening oncologici
6. Prevenzione della Cronicità
7. Rete regionale per la prevenzione delle dipendenze
8. Prevenzione, sorveglianza e controllo malattie infettive
9. Tutela della salute e sicurezza del lavoratore
10. Integrazione Salute e Ambiente
11. Piano dei controlli sulle sostanze chimiche
12. Prevenzione e controllo rischio amianto
13. Sicurezza alimentare per la tutela del consumatore e sanità pubblica veterinaria.

ACCOUNTABILITY DELL'ORGANIZZAZIONE E SOSTENIBILITÀ DELLA PREVENZIONE: LA *GOVERNANCE* DELLA PREVENZIONE IN REGIONE LOMBARDIA.

Il PNP 2014-2018 sottolinea l'apporto positivo dell'organizzazione sanitaria nell'incremento della qualità e dell'efficacia dei servizi offerti, quale elemento essenziale anche della pianificazione in prevenzione.
L'attenzione alla qualità dell'organizzazione nonché alla sua costo-efficacia diventa quindi elemento prioritario sia per la qualità/efficacia degli interventi pianificati, sia della sostenibilità della prevenzione.
Ciò significa "porre all'attenzione anche delle scelte organizzative il problema dell'efficacia e quindi individuare strategie e obiettivi che salvaguardino, in un contesto di coesione nazionale, l'efficacia e l'efficienza degli interventi programmati" (PNP 2014-2018).
Il PNP richiama le due funzioni essenziali, diverse ancorché sinergiche, in capo ai servizi sanitari regionali, di erogazione degli interventi e di *governance,* in termini di coordinamento e governo di tutti gli attori che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, promozione e tutela della salute.

Già da alcuni anni la nostra Regione ha riconosciuto la Prevenzione non come ambito a sé stante, ma parte essenziale e qualificante delle attività del Servizio Sanitario Regionale (SSR).
Proprio a partire da tale assunto – che vede cioè la prevenzione come linea di azione trasversale e con valenza pari a diagnosi, cura, riabilitazione – in tutti i più recenti documenti programmatori regionali è stato sempre evidenziato e riconosciuto il ruolo della prevenzione.
Già nel precedente Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2010-2013 oltre ad indicatori di processo e di risultato, Regione Lombardia ha individuato un percorso di valutazione di indicatori "di sistema" che, al di là del raggiungimento dei singoli obiettivi specifici, danno la misura della capacità di programmare in maniera adeguata al contesto e di affrontare le criticità interne ed esterne al sistema.
Questa valutazione ha riguardato la capacità di "governo" regionale, che è andata oltre la realizzazione di progetti e attività a cura delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), ma che ne ha costituito supporto e stimolo.
Nello specifico è stata considerata

- la coerenza del Piano Regionale Prevenzione con i provvedimenti programmatori regionali: Programma Regionale di Sviluppo, Piano Socio-Sanitario, Documenti di programmazione economica e finanziaria, Regole di esercizio di bilancio, Obiettivi attribuiti ai Direttori Generali delle ATS e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e Obiettivi per i diversi istituti contrattuali/convenzionali;
- la adeguata allocazione delle risorse per la realizzazione degli obiettivi, utilizzando tutti gli strumenti correnti per la verifica delle risorse attribuite – controllo di gestione, dotazioni organiche e ore lavorate - e, insieme, la "compatibilità" delle iniziative preventivate con i LEA, a garanzia di continuità.

Sia nel Programma Regionale di Sviluppo e Documento di Programmazione Economico-Finanziario Regionale, che negli atti di pianificazione specifici dell'area sanitaria quali il Piano Socio-Sanitario 2010/2014, nelle determinazioni annuali in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale (cosiddette "Regole d'esercizio"), nella definizione annuale degli obiettivi di interesse regionale per i Direttori Generali di ATS e ASST, la prevenzione, le sue politiche ed azioni sono sempre state rese evidenti ed esplicitate.
Sotto il profilo organizzativo è stata indicata alle ATS la prospettiva di una sempre maggior affermazione della logica dipartimentale, con una gestione coordinata delle risorse nei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) e nei Dipartimenti di Prevenzione e Veterinario e nei relativi Servizi, ed il potenziamento delle forme di integrazione con gli altri

Dipartimenti Aziendali ed i Distretti, nella logica della programmazione integrata e di azioni trasversali per il raggiungimento degli obiettivi.
Il ruolo di *governance* esercitato dal livello regionale è stato man mano indirizzato a definire sempre più obiettivi di risultato e sempre meno percorsi operativi per il loro raggiungimento, lasciando all'autonomia, anche in campo organizzativo, delle Aziende Sanitarie la scelta delle soluzioni più adeguate, ma obbligatoriamente nel rispetto del vincolo della destinazione delle risorse che il sistema assegna alle attività di prevenzione (5% FSR). L'assegnazione di obiettivi specifici ai Direttori Generali delle ATS ha rappresentato un passaggio essenziale nella rilevanza assunta dagli obiettivi di prevenzione a livello regionale e locale.
Le attività riconducibili all'area della Prevenzione sono quindi divenute a tutti gli effetti parte integrante del Documento di Programmazione Aziendale delle ATS.

Il coinvolgimento del più ampio schieramento di risorse e competenze nelle politiche di prevenzione
La prevenzione, come già accennato, si declina in interventi finalizzati alla riduzione o rimozione di danni alla salute delle persone di ogni età, ceto sociale, attività lavorativa, e da interventi di promozione della salute, complesso di azioni dirette ad aumentare le capacità degli individui e ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti di salute.
Per attuare efficacemente le politiche regionali di prevenzione è necessario coinvolgere il più ampio schieramento di risorse e competenze, sviluppando la capacità di dialogo e di valorizzazione degli apporti di soggetti che hanno altre finalità o interessi, ma che su obiettivi concreti e misurabili di guadagno di salute possono fornire un contributo di risorse e competenze molto importante.
È pertanto in questa logica che devono agire le strutture organizzative che a livello regionale e a livello territoriale sono specificamente destinate alle attività di prevenzione dei fattori di rischio e di promozione della salute.
Inoltre, per conseguire gli obiettivi di prevenzione - complessi da affrontare e influenzati da tanti fattori -, le azioni, le risorse e le attività definite dalle politiche regionali non possono essere basate sulle sole strutture del Servizio Sanitario Regionale, ma devono coinvolgere tutti i soggetti che, per finalità, ruolo e/o competenze istituzionali, possono concorrere alla positiva riuscita degli interventi a tutela della salute, garantendo un approccio multidisciplinare.

Nella tabella che segue si richiamano le strategie ed obiettivi individuati dal PNP nel capitolo "Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione", riportando evidenze di azioni/disposizione/strumenti "a sistema" e/o che si intendono attivare a garanzia del ruolo di *governance* del livello regionale.

Strategie ed obiettivi individuati dal PNP	**azioni/disposizione/strumenti "a sistema" e/o che si intendono attivare[1]**
Rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci	Screening Offerta vaccinale per categorie fragili (patologia/status)
Implementare nuovi interventi più costo-efficaci	HPV-Dna Test Modello decisionale per introduzione di nuovi vaccini.
Estendere a tutto il territorio un sistema informativo che sorvegli qualità e quantità delle azioni di promozione della salute, che sia in grado di selezionare e valorizzare	Le ATS pianificano annualmente gli interventi di promozione della salute mediante i Piani Integrati di Promozione della salute (PIL), definiti sulla base dell'analisi di contesto locale e secondo criteri di appropriatezza organizzativa e professionale, tali interventi sono documentati annualmente, dal 2011, anche in una ottica di rendicontazione quali quantitativa (DGR 2734 2011 "TU delle

[1] Come da evidenze nei Programmi PRP 2014 - 2018

le buone pratiche, di monitorare le attività e quantificarne il consumo di risorse	regole di gestione del sistema sociosanitario regionale", e successive Regole d'Esercizio annuali), mediante il sistema informativo regionale "Banca Dati Promozione della salute (BDPROSAL)". Con DGR 3018/2015 è stata approvata la Convenzione tra Regione Lombardia e ASL TO3, della Regione Piemonte, per l'adesione al sistema informativo sovra-regionale "Banca dati di progetti, interventi e buone pratiche di prevenzione e promozione della salute (PRO.SA)" del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute – DORS. Principali obiettivi della Convenzione: - valorizzare il patrimonio informativo attualmente presente nel sistema regionale BDPROSAL (che confluirà nel sistema sovra regionale PRO.SA) - collaborare per implementare e rendere disponibili ulteriori componenti della Banca dati Pro.Sa che facilitino la rendicontazione anche in relazione ad appropriatezza ed efficacia delle azioni intraprese e la selezione delle buone pratiche.
Adeguare l'information technology e integrare i sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale	Il **Sistema Informativo della Prevenzione** consente di mettere a disposizione di Regione Lombardia e dei Dipartimenti di Prevenzione le informazioni basilari per esercitare efficacemente le funzioni di *governance*. La sua evoluzione verso forme di maggiore coinvolgimento e partecipazione di altri soggetti operanti con finalità di prevenzione e sicurezza (ad esempio Direzioni Provinciali del lavoro, INAIL, Organismi paritetici, ARPA, Comuni, ecc.), lo configura come strumento utile di trasversalità e coordinamento tra diversi soggetti operanti nelle stesse aree ancorché con competenze differenti. Il Sistema informativo della prevenzione di Regione Lombardia è costituito da un insieme di informazioni standardizzate e organizzate secondo flussi definiti e disponibili in continuo, la cui anagrafica consente la suddivisione in 2 gruppi principali Nel primo gruppo (anagrafica "assistito") sono presenti i flussi delle malattie infettive, delle vaccinazioni, delle malattie professionali e degli infortuni, dell'assistenza ai malati di AIDS, degli screening oncologici. Nel secondo gruppo (anagrafica "attività produttive") sono presenti le informazioni relative ai controlli, ai piani rimozione amianto, alle notifiche apertura cantieri, ai provvedimenti ed agli esiti dei campionamenti. E' parte integrante del sistema informativo della Prevenzione la "Banca Dati Promozione della salute (BDPROSAL)" i cui sviluppi sono descritti al punto precedente. Relativamente ai **sistemi di sorveglianza**: - OKKIO e HBSC sono attivi in Regione Lombardia (vedi analisi di contesto); - PASSI e PASSI D'ARGENTO sono attivi solo in alcune ATS, il dato non è rappresentativo di tutto il territorio lombardo. Si ritiene rispondente alle esigenze di *governance* (programmazione e valutazione outcome), l'apporto conoscitivo derivante dal Sistema Informativo della Prevenzione (vedi sopra), unitamente ai dati dell'indagine Istat in tema di salute (Istat Salute 2013 e Aspetti della vita quotidiana), integrati, se del caso, con Survey regionale dedicate realizzate dall'ente statistico regionale "Eupolis Lombardia".

	Regione Lombardia partecipa inoltre al "Piano di valorizzazione dell'indagine multiscopo Istat Salute 2013" coordinato da Regione Piemonte, con una azione dedicata alla costruzione di un modello pilota (Piemonte e Lombardia in collaborazione con i rispettivi uffici statistici) di valorizzazione dei dati funzionale agli sviluppi e alla valutazione del PRP.
Inserire/rafforzare gli indicatori di copertura dei principali interventi di popolazione e gli indicatori di risultato dei Direttori generali e della remunerazione di risultato dei professionisti	- Regole di esercizio e obiettivi DDGG sia di ATS che di ASST; - Costruzione del Sistema regionale di valutazione delle performances dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS), a partire dall'esito di un lavoro di *benchmarking* sulle attività di prevenzione di un *network* di regioni supportato e guidato dal Laboratorio Mes di Firenze secondo la metodologia della "*Constructive Research*" (Regole di Sistema 2014 e 2015 e obiettivi DDGG ASL - DGR X/1185/2014 e DGR X/3554/2015). Il Sistema delle *performace*s lombardo ha individuato, rispetto al "bersaglio toscano", un numero maggiore di indicatori nelle diverse aree di competenza dei DIPS (circa 90 indicatori suddivisi in 6 ambiti: sicurezza alimentare - alimenti non di origine animale; ambienti di vita; ambienti di lavoro; malattie infettive/vaccinazioni; screening; stili di vita/promozione salute). Il modello in corso di validazione (ed eventuale adeguamento) utilizzando i dati di attività del 2014, verrà applicato nel corso del 2015 in parallelo con gli obiettivi DDGG, prevedendone la messa a sistema per il 2016.
Sviluppare il ruolo di steward della prevenzione sia a livello regionale che di ATS nella relazione con i portatori di interesse non del sistema sanitario e con le altre strutturazioni organizzative del sistema sanitario.	- Cabina di regia Piano sicurezza luoghi di lavoro - Comitato ex Art 7- D.L.vo 81/2008 - Commissione Regionale HIV/AIDS e MTS - Ruolo assegnato ai DPM (LR 33/2009; regole di esercizio) di coordinamento delle azioni a livello territoriale per il raggiungimento degli obiettivi; - Integrazione di Sistema tra ambito sanitario, socio-sanitario e sociale come previsto dalla DGR 1185/2014 Regole di Sistema 2015 All.to A - Accordi/Intese per promuovere e stili di vita e ambienti favorevoli alla salute con le rappresentanze regionali di: • Fondazione Sodalitas, con riferimento alla prevenzione delle malattie croniche (Programmi regionali "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" e "Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia"), anche mediante la valorizzazione del tema della responsabilità sociale (DGR 1687/2014); • Comando Esercito Militare Lombardia con riferimento allo sviluppo di alcune aree tematiche previste dal Programma regionale "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia nel contesto organizzativo militare" (DGR 2479/2014); • Sviluppo degli Accordi attivati nell'ambito del PRP 2010-2013: • Farmacisti • Pane ("Con meno sale nel pane c'è più gusto e guadagni in salute") • Protocollo di Intesa tra Regione Lombardia e Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI) Lombardia, per la promozione della pratica sportiva quale momento di benessere psico-fisico che coinvolge tutti i cittadini, bambini, giovani e meno giovani (DGR 807/2013)

	• Protocollo d'Intesa tra Regione Lombardia e MIUR – Ufficio Scolastico per la Lombardia su "La Scuola che Promuove Salute" (14.07.2011)
Comunicazione	Le attività di comunicazione ed informazione sono svolte in sinergia tra la componente regionale e le ATS. Oltre alle campagne informative, si segnalano le attività di reportistica che permettono un livello di trasparenza continuo delle attività di prevenzione delle ATS con cadenza annuale (ad esempio il Report attività di prevenzione redatto da ogni ATS, Report Regionale screening, amianto, malattie infettive….) a cui si aggiungono contributi ad hoc sia rispetto ad ambiti di intervento prioritario (es. Report Regionale sull'attività fisica; attività per EXPO 2015) sia il contributo specifico della prevenzione nel percorso di sviluppo del Servizio Sanitario Regionale (contributo al Libro Bianco della riforma sanitaria). Regione Lombardia ha allestito dal 2009 il sito internet www.promozionesalute.regione.lombardia.it dedicato alla diffusione di conoscenze, metodologie, esperienze e risorse per lo sviluppo di politiche integrate, periodicamente viene diffusa a tutti gli stakeholder una newsletter relativa al suo aggiornamento, dal sito si accede anche alle pagine web di tutte le ATS dedicate alle iniziative realizzate nei rispettivi contesti locali. Iniziative ed informazioni in tema di prevenzione della cronicità e promozione della salute sono inoltre veicolate, attualmente, attraverso i social regionali (Twitter e Facebook).

ANALISI DI CONTESTO[2]

Il presente capitolo riporta l'analisi di contesto di cui alla DGR X/2934/2014: "Impegno, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, ad assumere nell'emanando Piano Regionale della Prevenzione, la visione, i principi, le priorità, la struttura dello stesso, attraverso l'individuazione di programmi regionali, integrati e trasversali ed in coerenza con gli elementi propri del contesto lombardo", aggiornando[3] ove si renda necessario per allineare la baseline regionale ai valori nazionali.

Demografia

Al 1° gennaio 2013 la popolazione residente in Lombardia ammonta a 9.794.525 abitanti.[4] La crescita è innanzitutto spiegata dall'aumento della popolazione straniera residente in Lombardia, che costituisce il 10,5% della popolazione residente[5].

La composizione per età conferma l'invecchiamento della popolazione lombarda: il 21,1% dei residenti ha infatti più di 65 anni, mentre solo il 14,3% è minore di 15 anni. L'indice di vecchiaia raggiunge così il 147,6%, mentre l'indice di dipendenza degli anziani si attesta a 32,7: si contano quindi quasi 33 persone over-65 ogni cento residenti in età attiva (15-64).

I dati del censimento[6] confermano l'aumento del numero delle famiglie e la riduzione delle loro dimensioni medie: le famiglie residenti in Lombardia si attestano a 4.157.360 (+13,8 rispetto al 2001), con un numero medio di componenti pari a 2,3. Le famiglie unipersonali, in crescita a ritmo sostenuto negli ultimi 40 anni, rappresentano in Lombardia il 32% del totale, poco sopra la media italiana. Tendenza opposta si riscontra per le famiglie numerose composte da almeno cinque componenti, che rappresentano solo il 4,4%.

Struttura produttiva

Tra il 2009 e il 2013 il numero delle imprese attive sul territorio lombardo è calato dell'1,1%, riduzione più contenuta rispetto a quella messa a segno a livello nazionale (-1,8%). Nel complesso, nel periodo considerato le imprese attive si sono ridotte di 8.971 unità.

Restringendo l'analisi al solo ultimo periodo, le imprese attive nel 2013 sono 814.297, in calo rispetto alle 821.819 dell'anno precedente. I cali più significativi anche in relazione al peso del settore rispetto alla totalità delle imprese sono quelli che si registrano nelle costruzioni (-2,9%), nell'industria in senso stretto (-2,1%) e nell'agricoltura (-3,2%). Sembrano invece avere sostanzialmente tenuto i servizi.

---

[2] I dati non sanitari sono tratti dall'analisi di contesto del Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR – Aggiornamento PRS per il triennio 2015 – 2017 Testo coordinato, DGR il 31 ottobre 2014), che aggiorna annualmente il Programma Regionale di Sviluppo (PRS - 2013/2018 – DCR X/78/2013), documento che definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che la Regione si propone di realizzare nell'arco della legislatura, per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia.

[3] I dati aggiornati sono evidenziati in nota

4 Dati Demo-ISTAT.

5 La tendenza è confermata dai dati presentati nel Rapporto 2013 dell'Osservatorio regionale per l'integrazione e la multi etnicità (ORIM). Dopo il calo registrato tra il 1° luglio 2011 e la stessa data del 2012, periodo in cui si rilevava per la prima volta in dieci anni una diminuzione della presenza straniera sul territorio lombardo (33mila in meno, ossia -2,6%), nel 2013 si registra infatti una lieve ripresa del fenomeno migratorio nella regione. Al 1° luglio 2013 la popolazione straniera (regolare e non) proveniente da Paesi a forte pressione immigratoria (Pfpm) presente in Lombardia è stimata infatti da ORIM in 1 milione e 279mila unità, 42mila in più (+4,4%) rispetto alla stessa data dell'anno precedente e circa un quarto del totale dell'immigrazione presente in Italia, valutato in 4 milioni 900mila. In Regione risultano esserci 13 stranieri ogni 100 residenti (nel 2001 il rapporto era di 5 a 100). La componente irregolare, già in diminuzione nel 2012, subisce un'ulteriore contrazione: al 1° luglio del 2013 Orim stima che gli stranieri presenti sul territorio lombardo privi di un regolare permesso di soggiorno siano 87mila, 10mila in meno rispetto al 1° luglio del 2012, e 20mila in meno rispetto alla stessa data del 2011. Gli irregolari rappresentano il 7% del totale dei presenti.

6 ISTAT; Censimento della popolazione 2011, banca dati online, 31 dicembre 2013.

Numero di imprese attive per principali settori di attività economica. Lombardia, anni 2012-2013

	2012	2013	% 2013/2012	Peso sul totale nel 2013
Agricoltura	50.258	48.657	-3,2	6,0
Industria in senso stretto	107.215	104.957	-2,1	12,9
Costruzioni	145.015	140.765	-2,9	17,3
Commercio, trasporto e alberghi	275.679	275.360	-0,1	33,8
Altri servizi	242.377	244.023	0,7	30,0
Altre imprese*	1.275	535	-58,0	0,1
Totale	821.819	814.297	-0,9	100,0

Fonte: elaborazioni Éupolis Lombardia su dati InfoCamere

Il settore che occupa il maggior numero di addetti è quello dei servizi (quasi il 33% nel 2011), seguito da commercio, trasporti ed alberghi (quasi il 31%) e dall'industria in senso stretto (28%), mentre le costruzioni impiegano l'8,5% del totale degli addetti. La forma giuridica più diffusa è la ditta individuale (oltre il 51% del totale delle imprese attive nel 2013), seguita dalle società di capitali (il 27% circa) e dalle società di persone (19,2%).

Istruzione e Formazione

Nel 2011/12 in Lombardia gli studenti delle scuole sono oltre un milione (15% del totale italiano): il 41,5% (417.683 alunni) frequenta la scuola primaria, il 25,3% (255.086 alunni) la scuola secondaria di primo grado il 33,2 % (334.569 studenti) la scuola secondaria di secondo grado

Nella scuola secondaria circa il 20% degli studenti lombardi frequenta un istituto professionale (principalmente nell'area dell'industria e artigianato e dei servizi commerciali); il 37% un istituto tecnico, per la maggior parte in istituti tecnici industriali e commerciali; il 43% è iscritto in licei (scientifico 23%).

La quota di studenti degli istituti professionali è in linea con il dato nazionale (20%), invece la quota di iscritti agli istituti tecnici è superiore alla media nazionale (37% contro 33,5%).

Gli studenti iscritti al primo anno della formazione professionale rappresentano circa il 20% della popolazione lombarda di 14 anni; la maggior parte degli studenti è iscritta in corsi di "Meccanica, impianti e costruzioni" (32% sul totale), "Servizi di ristorazione" (17%) e "Servizi alla persona" (19%).

Lavoro

Nel 2013 gli occupati in Lombardia sono poco più di 4,3 milioni di persone, circa 40.000 unità in meno rispetto al 2008 (-0,9%), anno di inizio della crisi economica e picco della serie storica (2004-2013), tuttavia si tratta di un dato in crescita rispetto al 2012 (+0,7%); dei 4,3 milioni di occupati in Lombardia il 78% è lavoratore dipendente, tale aspetto risulta più accentuato per la componente femminile.

L'andamento dei disoccupati appare più critico: si tratta di quasi 380.000 persone nel 2013 in Lombardia, in crescita rispetto ai 345.000 del 2012 (+10%); tuttavia tale aumento risulta più lento rispetto al dato nazionale (+13,5%), che in un solo anno registra un aumento dei disoccupati di circa 370.000 unità, arrivando a superare la quota di 3,1 milioni di persone in cerca di occupazione. Per quanto concerne le differenze di genere va sottolineato il sorpasso della componente maschile su quella femminile a partire dal 2011, tanto che nel 2013 la quota maschile sul totale dei disoccupati raggiunge quasi il 53% nel 2013 (era 51% nel 2012).

Il tasso di occupazione 15-64 anni nel 2013 in Lombardia è al 65,5%. Il tasso di disoccupazione in seguito alla crisi economica risulta in aumento toccando nel 2013 l'8%. La componente maggiormente penalizzata dalla crisi economica è quella giovanile. Quasi un giovane su tre nel 2013 risulta disoccupato.

Condizione economica

Nel 2011 il reddito familiare netto medio (esclusi i fitti imputati)[7] dei lombardi era pari a 34.347 euro. Si tratta del dato regionale migliore nel contesto nazionale – dove il reddito medio famigliare si attesta a 29.956 euro e nettamente superiore rispetto alla media delle regioni di Nord-Ovest (32.943 euro). Si riduce tuttavia nel 2012 il reddito disponibile per abitante, che si attesta a 20.266 euro (-2,6% rispetto al 2011).

La distribuzione del reddito si presenta meno diseguale rispetto alla media nazionale: mentre in Lombardia l'indice di Gini si ferma a 0,291, il dato nazionale arriva a 0.391.

Si registra inoltre un aumento della povertà relativa, che nel 2012 ha riguardato 263.531 individui, pari a 6 persone ogni 100 abitanti, e della sua intensità. Benché si tratti di dati lontani dalla media nazionale, che presenta un'incidenza della povertà relativa pari a 12,7%, preoccupa il trend crescente registrato in regione: solo nel 2011 il dato si fermava a 4,2% e dal 2000 non aveva mai superato la soglia del 5%. Guardando invece alla proporzione di famiglie in condizioni di deprivazione (Indicatore Europa 2020) si registra, in parallelo, una debole inversione di tendenza, dopo il drastico aumento del 2011: si passa, infatti, da 9,1 famiglie gravemente deprivate ogni 100 famiglie nel 2010 a 17,2 nel 2011, per scendere poi a 17,1 nel 2012.

Le famiglie lombarde hanno un livello di spesa pro capite pari a 2.866 euro rispetto ad una media nazionale che nel 2012 è pari a 2.419 euro. Si registra tuttavia in Lombardia, rispetto al 2011, una diminuzione del 5,5% (-2,8% in Italia), pari a 167 euro mensili.

La riduzione dei consumi registrata fra 2011 e 2012 è dovuta solo in minima parte alla riduzione del budget dedicato agli acquisti alimentari (-18 euro), mentre significativo è stato il ridimensionamento nell'uso dei trasporti pubblici e privati (-72 euro). Evidenti sono comunque le differenze nel livello di spesa complessiva delle famiglie al variare della condizione e posizione occupazionale della persona di riferimento della famiglia: in Lombardia si passa dai 4.081 euro medi di imprenditori e liberi professionisti ai 2.579 euro di operai e assimilati, a importi di circa 2.400-2.500 euro per le famiglie in cui la persona di riferimento è disoccupata o in generale non occupata[8].

Uso del suolo

La Lombardia si conferma regione articolata, non solo dal punto di vista istituzionale - amministrativo, ma anche per le sue caratteristiche più propriamente territoriali. Oltre a differenti identità e vocazioni locali, mostra, infatti, una notevole diversificazione nella distribuzione della popolazione ed una frammentazione della struttura comunale policentrica in cui la conurbazione di Milano ha ancora un ruolo predominante. Tuttavia, al suo interno, le nuove polarità urbane sono più dinamiche e sembrano meglio reagire alla crisi (l'Aeroporto di Malpensa e il Nuovo Polo Fieristico Rho-Pero, il triangolo Brescia-Mantova-Verona, la zona del Garda, strettamente legata al polo precedente, la rete di città -Como, Lecco, Varese e Lugano, nella zona dei laghi a nord di Milano, la Valtellina, l'asse Novara-Lomellina).

Il territorio Lombardo si caratterizza per circa il 40% da aree boscate e ambienti seminaturali e, per una percentuale molto simile, da suolo utilizzato a scopi agricoli. In evidenza la progressiva antropizzazione del territorio che, definito come suolo consumato, ha raggiunto e superato già da alcuni anni la soglia del 14% dell'intero territorio regionale con una tendenza al progressivo aumento. Data la conformazione del territorio lombardo per buona parte montano,

7 ISTAT Indagine "I consumi delle famiglie", anno 2012 e dati estratti dalla banca dati ISTAT per le annualità precedenti

8 La crescente difficoltà economica delle famiglie lombarde è peraltro testimoniata anche dai dati dell'Osservatorio regionale sull'esclusione sociale (ORES)8, che hanno registrato nel 2012 un aumento del 6,2% del numero di assistiti dagli enti del Terzo settore attivi nella lotta all'esclusione sociale. Si tratta per il 61,9% di stranieri e per il 38,1% di Italiani. Prevalgono i maschi (52%), ma cresce la componente femminile (dal 46,3% nel 2009 al 48% nel 2011) e la quota degli assistiti nella fascia 0-17 anni (dal 17,1% nel 2008 al 21,7% nel 2011), a testimonianza di un disagio che interessa sempre più i nuclei familiari con figli.

il "consumo di suolo" tende a sottrarre spazio ad ampie aree vocate all'agricoltura, in particolare nelle zone circostanti le aree urbane.

Qualità dell'aria

I dati sulla qualità dell'aria registrati in Lombardia per l'anno 2012 mostrano come i valori limite e gli obiettivi di legge siano rispettati per diversi inquinanti, grazie all'adozione nel tempo di provvedimenti promossi a salvaguardia della qualità dell'aria, mentre restano su concentrazioni superiori ai limiti europei il biossido d'azoto (NO2), l'ozono (O3) ed il particolato (PM10 e PM2.5). Il superamento dei limiti per l'ozono e per il PM2.5 è diffuso su tutto il territorio regionale. Per quanto riguarda il PM10 è interessante evidenziare come il numero di giorni di superamento sia complessivamente calato negli anni, con differenze tra le diverse zone. Per quanto riguarda l'NO2 i superamenti del limite sulla media annua si sono verificati nelle zone maggiormente urbanizzate.

Servizio idrico

La struttura del sistema di gestione del servizio idrico in Lombardia risulta ancora fortemente frammentata sia per il servizio di acquedotto che per quello di fognatura, anche se la copertura del servizio è in entrambi i casi elevata e in ogni caso superiore alle medie nazionali.
Per quanto riguarda il servizio di depurazione la dimensione complessiva di trattamento supera i 13 milioni di Abitanti Equivalenti (AE). L'esame dello stato del servizio, così come si evince dalle ricognizioni in corso nei diversi Ambiti territoriali ottimali (ATO), denota forti criticità con una significativa presenza di agglomerati non conformi agli obblighi europei di depurazione dovuta a molteplici cause: assenza di impianto o di parti di reti, sottodimensionamento o insufficienza tecnica dell'impianto, parti di territorio non servito. In tutti i casi esiste comunque un importante fabbisogno di nuovi investimenti.

Energia

Il trend dei consumi energetici finali in Lombardia nel decennio 2000-2010, pur facendo segnare un incremento complessivo pari al 7,7%, pone in risalto una dicotomia temporale, tale per cui nei primi 5 anni l'incremento di consumo è stato quasi pari a quanto complessivamente registrato per l'intero decennio. A partire dal 2005 i consumi sono, infatti, calati progressivamente, in particolare nel 2009, anno in cui si è registrato il minino del periodo. Il calo è attribuibile per gran parte al settore industriale, esito sia delle condizioni economiche relative alla delocalizzazione delle imprese sia dei fenomeni di crisi.
L'energia prodotta in Lombardia da fonti energetiche rinnovabili (elettriche e termiche) nel 2010 ammontava a circa l'8,2% dell'energia finale lorda consumata sul territorio regionale. La produzione di energia da fonti rinnovabili è cresciuta del 30% nell'ultimo quinquennio; le due fonti preponderanti restano l'energia idroelettrica e le biomasse (per la produzione termica), ma una frazione crescente deriva da altre fonti meno tradizionali, quali il teleriscaldamento da fonti rinnovabili (4%), la produzione di energia elettrica da rifiuti (4,4%) e biogas (2,1%). Per quanto riguarda l'energia fotovoltaica nel periodo 2010-2012, la produzione è quasi decuplicata, passando da 190 a 1681 GWh, anche se riveste ancora un'importanza marginale.

Rifiuti

La produzione totale dei rifiuti urbani nel 2012 è stata pari a 4.628.154 tonnellate, segnando una diminuzione del 4,1% rispetto all'anno precedente, attribuibile per gran parte alla crisi economica.
Continua a diminuire la frazione di rifiuti destinata alla discarica. La raccolta differenziata è aumentata del 3,7% rispetto al 2011, attestandosi a fine 2012 al 52,4%.

Mobilità

Lo sviluppo del trasporto collettivo e del servizio ferroviario e la diffusione di servizi pubblici flessibili, uniti alle crescenti opportunità di mobilità non motorizzata e alla maggiore facilità di utilizzo integrato dei diversi mezzi di trasporto, fanno registrare una tendenza verso scelte modali più razionali e sostenibili.

In Lombardia la domanda di trasporto collettivo, pari a 967,7 mln pax/anno (dato 2013), è aumentata del 4,1% negli ultimi 3 anni con un trend in crescita costante. Considerando i servizi di TPL (escluso il servizio ferroviario regionale), va evidenziato il peso rilevante del bacino della grande area metropolitana milanese, che rappresenta il 76% circa della domanda. Anche la domanda ferroviaria regionale è cresciuta in modo straordinario: +46% in 9 anni, passando da 460 mila pax/giorno nel 2003 a 670 mila nel 2012.

Per il traffico merci è ancora preponderante il trasporto su gomma; escludendo la componente di traffico interno alla Lombardia (pari al 49% circa del totale e che costituisce un trasporto poco adatto al sistema ferroviario, in quanto si svolge su distanze inferiori a quelle efficienti per il treno), il trasporto stradale rappresenta più dell'80% del totale.

Infrastrutture di trasporto

Per quanto attiene alle infrastrutture viarie, la rete di strade statali e provinciali non riesce più a soddisfare la domanda sulle medie distanze tra i poli urbani e nei collegamenti con Milano. La rete autostradale, con oltre 600 km, garantisce le relazioni sovraregionali e - anche se non completamente - quelle regionali, ma è al di sotto degli standard europei ed è in condizioni di forte congestione soprattutto sull'area di Milano.

La rete ferroviaria si estende per circa 1900 km, al netto delle tratte lombarde delle linee AV. Negli ultimi dieci anni, circa 130 km della rete, destinati prevalentemente al trasporto regionale, sono stati interessati da raddoppi, quadruplicamenti e apertura di nuove linee. Il servizio ferroviario regionale è stato totalmente riprogettato e l'offerta progressivamente potenziata, con orari cadenzati. In totale sono circa 2200 le corse che giornalmente interessano oltre 400 stazioni (di cui 15 di recente apertura), servite da 350 convogli, di cui un terzo entrato in servizio dopo il 2007. Ogni anno i treni lombardi percorrono oltre 42 milioni di chilometri, il 50% in più rispetto a 10 anni fa.

Le vie navigabili lombarde in esercizio si estendono per oltre 1.000 km (di cui 621 km di coste lacuali e 386 km di coste fluviali).

Sicurezza stradale e del territorio

Il 50% del territorio lombardo risulta soggetto a un rischio idrogeologico elevato o molto elevato. Nelle aree montane la pericolosità naturale deriva prevalentemente da movimenti di versante e valanghe, mentre in pianura e nei fondovalle da fenomeni di esondazione e alluvionali. Va rilevato che questo tipo di rischio è per molta parte conseguenza dell'elevatissima antropizzazione del territorio per cui anche fenomeni non particolarmente gravosi determinano danni economici diretti e indiretti quasi sempre ingenti.

Per quanto riguarda la sicurezza stradale la tendenza alla riduzione dei valori relativi a incidenti totali, vittime e feriti, è ormai una realtà consolidata per la Lombardia: per il numero di vittime si passa ad esempio dai 1073 registrati nel 2002 ai 540 del 2012.

Condizioni di salute e disabilità

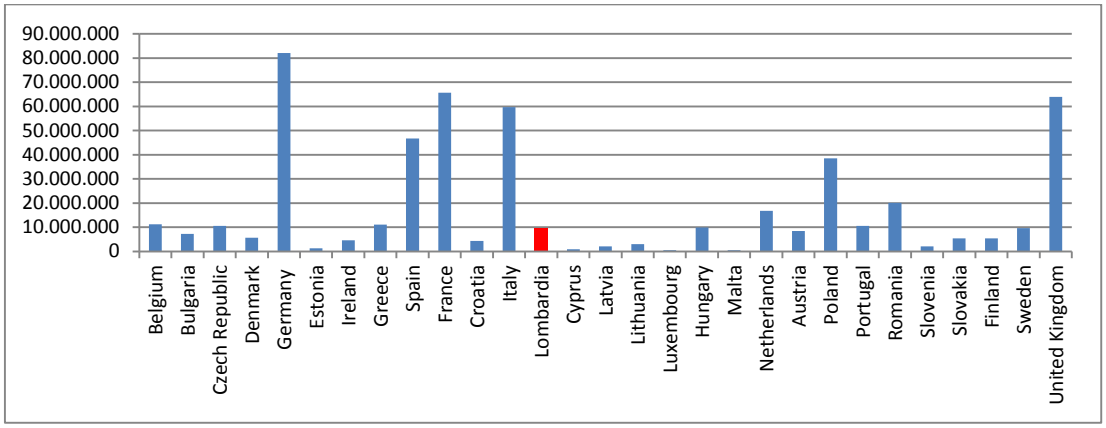
I lombardi godono in media di buona salute. Tre lombardi su quattro dichiarano che in generale la propria salute va bene o in alcuni casi molto bene[9]. La proporzione di persone che dichiara di avere problemi di salute tali da causare gravi limitazioni per lo svolgimento delle attività quotidiane è del 2,7%.

Si stima che in Lombardia risiedano circa 337 mila persone disabili che vivono in famiglia. Il manifestarsi della condizione di disabilità è correlata con l'età e più diffusa tra le donne. Le

9 I dati sono tratti da un'indagine effettuata nel 2013 da Éupolis Lombardia per conto della DG salute sugli stili di vita e alle condizioni di salute della popolazione adulta lombarda (18-69enni).

persone affette da una riduzione di autonomia quantitativa hanno più problemi ad accedere al lavoro, tuttavia negli ultimi anni lo svantaggio rispetto alla popolazione normodotata si è gradualmente ridotto. La differenza nei tassi di occupazione dei due gruppi si è, infatti, ridotto notevolmente, passando da una differenza di 24 punti percentuali nel 2005 a 7,7 punti nel 2011.
Il sistema sanitario e sociosanitario lombardo serve la salute e il benessere di una popolazione di 10 milioni di persone, pari a circa un quinto della popolazione italiana e superiore al dato di 17 dei 27 Paesi europei.

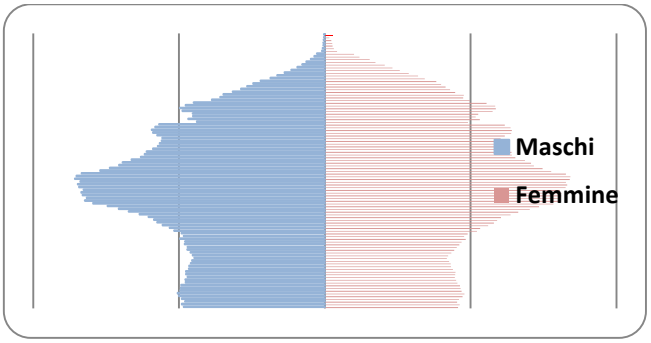
Popolazione dei Paesi europei e della Lombardia al 2012- Fonte: Eurostat – Istat



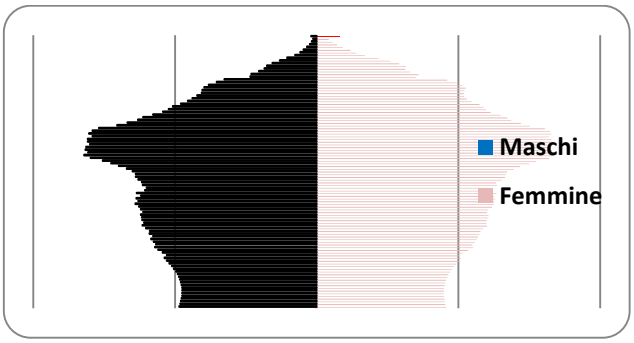
Il contesto epidemiologico italiano e quindi anche lombardo è caratterizzato dall'espansione della popolazione cronica spesso affetta da polipatologie (e conseguente fragilità), parallelamente alla crescita esponenziale della popolazione anziana.

Popolazione residente in Lombardia, per età e sesso

2013



2030



Fonte: Blangiardo, 2014

Il 2030 sarà l'anno in cui in Lombardia un milione di ultraottantenni raggiungerà il milione di bambini con meno 10 anni e il milione di ragazzi da 10 a 20 anni.
Avremo 3 milioni di lombardi con più di 65 anni, di cui un milione con più di 80.
Nel 2012, gli assistiti definibili come cronici nella regione in base ai dati di esenzione e di classificazione nella BDA (Banca Dati Assistito) erano pari al 31,8 % dei 10.157.474 assistiti totali lombardi per una spesa complessiva superiore al 70% del totale (quasi l'80% se si considerano le sole voci ricoveri, farmaceutica territoriale, specialistica e file F). A questi si aggiungono i costi per i servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali di natura sociosanitaria, che per l'anno 2012 sono stati di circa 1,2 miliardi di euro per ricoveri in lungo-assistenza, RSA e per ADI.
A tutto ciò si affiancano le fragilità di tipo sociale derivanti da separazioni, povertà e nuove forme di dipendenza in rapida diffusione, quali la ludopatia (tra il 2012 e il 2013 il numero di persone che si rivolgono ai SerT per questo tipo di problema è aumentato del 25%).

Prevenzione e promozione della salute

Il presente paragrafo, aggiornato in molte sue parti rispetto alla DGR X/2934/2014 evidenzia i risultati raggiunti in Lombardia da quanto messo in atto con i precedenti piani regionali di prevenzione[10]

Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

La prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle MCNT (fumo, sedentarietà, alimentazione e consumo di alcol non corretti) e intermedi (sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose cancerose iniziali) può essere perseguita mediante la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico e con la diagnosi precoce, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

Per quanto attiene la promozione di stili di vita salutari, a partire dal 2006 in Lombardia è stato attivato un percorso per riorientare gli interventi basandoli sulle migliori evidenze di efficacia e sulla *governance* di una azione intersettoriale, attraverso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'impresa, dello sport, ecc., che sviluppa su scala regionale indirizzi e linee operative del Programma Nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari".

Tali indirizzi sono già stati fatti propri dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-2013, sono particolarmente all'attenzione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018.

L'analisi del BMI evidenzia[11] un andamento stabile nel tempo nella popolazione con più di 18 anni, il 46% degli italiani e il 42% dei lombardi ha un peso corporeo oltre la soglia, in tabella i dati per anno e categoria di peso.

BMI - 18 anni e più						
	Italia			**Lombardia**		
	sovrappeso	**obesi**	**tot**	**sovrappeso**	**obesi**	**tot**
2005	34,7	9,9	44,6	30	9	38
2006	35,0	10,2	45,2	30,9	9,3	40,2
2007	35,6	9,9	45,5	31,3	9,0	40,3
2008	35,5	9,9	45,4	33,0	9,6	42,6
2009	36,1	10,3	46,4	34,1	9,5	43,6
2010	35,6	10,3	45,9	31,4	10,1	41,5
2011	35,8	10,0	45,8	32,9	8,9	41,8
2012	35,6	10,4	46,0	32,6	10,3	42,9
2013	35,5	10,3	45,8	31,8	10,2	42,0

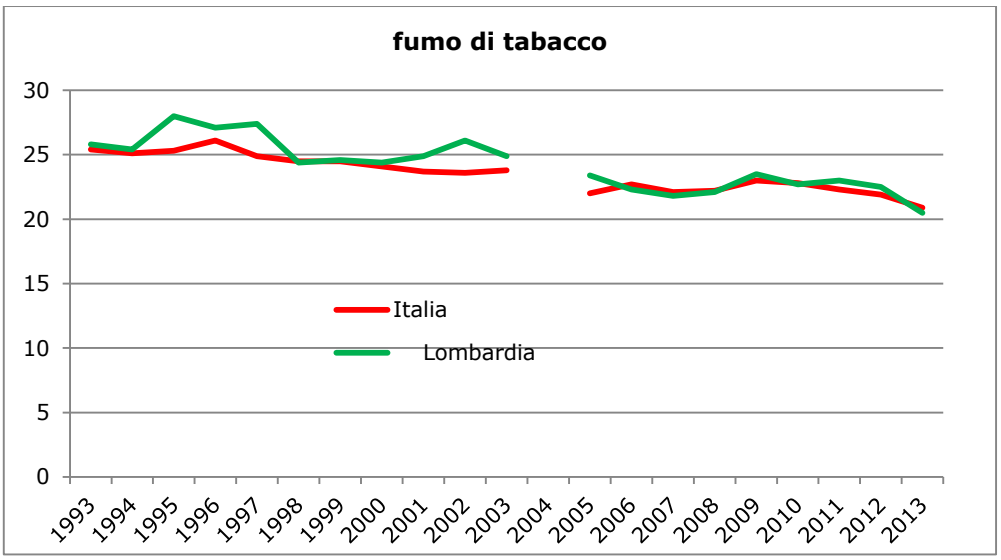
Nel 2013 nella popolazione con più di 3 anni, in merito allo stile alimentare, 81% dei lombardi consuma una colazione adeguata (79% Italia) e il 31% di chiara come pasto principale la cena (21% Ita). Il consumo di frutta e verdura è inferiore uguale ad una porzione al giorno per il 19% dei lombardi (19% Ita), tra 2 e 4 porzioni per il 77% (76% Ita) e maggiore o uguale a 5 per il 4% (5%Ita). Per la popolazione di 11 anni più, il consumo di bevande gasate è pari al 16% (13 Ita) per una quota superiore al bicchiere al giorno di cui il 6% (4% Ita) oltre il mezzo litro giornaliero.

Per la popolazione di 3 anni o più il 33% dei Lombardi non pratica mai attività fisica (41%Ita), il 30% pratica qualche attività fisica (28%Ita), il 10% la pratica in modo saltuario (9%Ita), il 26% in modo continuativo (21%Ita).

Nel grafico sottostante è descritto 'andamento dell'abitudine al fumo nella popolazione con 14 anni o più a livello nazionale e a livello regionale: nel 2013 l'abitudine al fumo coinvolge il 21% dei lombardi (21% Italia)

[10] PRP 2005-2007, e proroga per gli anni 2008 e 2009, PRP 2010-20121 (DGR IX/11752010) e proroga al 31 dicembre 2013 (DGR X/199/2013).

[11] Fonte dati Istat ultimo anno disponibile 2013



L'azione regionale di prevenzione ha sostenuto, nell'ultimo biennio, un forte sviluppo verso quelle che vengono definite "strategie di comunità", cioè verso programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l'adozione di comportamenti salutari. Queste iniziative adottano un approccio multi componente (che agisce contestualmente sui diversi fattori di rischio/determinanti di salute) per ciclo di vita (detto *life course* in quanto riguarda le comunità e quindi intercetta tutte le fasce di età), per setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.) che vedono il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali (empowerment di comunità).
E' in questo ambito che nel 2011 si sono attivati i Programmi "Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia (membro del *network Schools for Health in Europe*), alla quale, ad oggi, hanno aderito 232 Istituti Scolastici (ca 200.000 studenti coinvolti) impegnati in azioni educative, sociali, organizzative, collaborative con EELL, Associazionismo, ecc.., e "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia) (*Working Health Promotion - WHP*) che vede l'adesione di 296 aziende (private e pubbliche - ca 135.000 lavoratori coinvolti), impegnate a realizzare "buone pratiche" (azioni raccomandate e/o di provata efficacia) che facilitano l'adozione competente e consapevole di stili di vita salutari in tutto il personale della organizzazione (con ricaduta su famiglie), in base a criteri di sostenibilità organizzativa ed economica e nella quale è valorizzata la responsabilità sociale di impresa.
La prevenzione delle principali patologie cronico degenerative è favorita anche da uno stile di vita attivo, con la pratica quotidiana di attività fisica, svolta secondo i livelli raccomandati che contribuisce ad aumentare il benessere psicologico, il grado di autonomia degli anziani e a ridurre il rischio di cadute, supportando quindi, complessivamente, anche un "invecchiamento attivo e in buona salute".
In Lombardia la sedentarietà è un comportamento diffuso nell'infanzia, in adolescenza e tra la popolazione adulta (sono circa il 38% i lombardi sedentari) sebbene con criticità meno evidenti che in altre zone del Paese. (Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti di vita quotidiana", 2013).

Per favorire uno stile di vita attivo, è nell'ambito dei programmi di comunità, che si sviluppa la realizzazione di buone pratiche e azioni efficaci locali come il "Pedibus" e i Gruppi di Cammino".
Il "Pedibus", trasformazione del tragitto scuola – casa in percorso pedonale, è stato attivato in 341 Comuni lombardi (22%) e coinvolge il 57‰ dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni

che abitano in Lombardia; il numero totale delle scuole interessate è pari a 501: circa il 21% del totale delle scuole primarie lombarde ha il "Pedibus".
I "gruppi di cammino", persone che si ritrovano regolarmente per camminare insieme, guidati "walking leader" individuati tra figure "volontarie", sono stati attivati in 424 Comuni lombardi (27%), sono attualmente organizzati in circa 516 "linee", cioè gruppi di persone che compiono percorsi diversi e/o in orari diversi, e il numero totale di partecipanti è di 18.891, di cui 11.488 hanno più di 65 anni (61%).

Prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti

Nel contesto lombardo il cambiamento dell'epidemiologia della diffusione di sostanze psicoattive legali e illegali si accompagna, nell'ultimo decennio, con la progressiva (e spesso impercettibile) modificazione degli atteggiamenti e dei "valori d'uso" associati alle sostanze stesse, trasformate negli ultimi anni – come un normale prodotto di massa – in qualcosa di "banalmente normale". Si tratta della cosiddetta "normalizzazione culturale" dell'uso: tutti i dati disponibili segnalano, infatti, che il consumo di sostanze psicotrope (legali e illegali) è ormai "sdoganato" all'interno di una più generale "cultura dell'additività" diffusa e radicata in strati sempre più ampi della popolazione. Sulla scena sociale e mediatica, accanto ai tradizionali e integrati consumi di tabacco e alcol, le sostanze psicotrope illegali fanno progressivamente parte della vita di un numero crescente di individui, che – pur attestandosi su percentuali ancora minoritarie della popolazione – assume un rilevo mediatico e sociale di amplissimo peso, determinando l'affermarsi – specie tra i giovani - di un immaginario collettivo per il quale l'assunzione di sostanze non rappresenta più un comportamento deviante, ma una condotta tollerabile, specie se non provoca disturbo e/o danni agli altri.
Dal punto di vista dei valori d'uso che lo caratterizzano, il consumo di droghe – fino a pochi anni fa declinato nell'ottica di doping della vita quotidiana – oggi sembra assumere una funzione di veicolo per momenti di alterazione, piacere, gratificazione e benessere declinati, secondo le occasioni, in modo individuale o collettivo. Dal momento che tutte le sostanze d'abuso sono in grado di produrre alterazioni dello stato mentale ogni sostanza diventa per il consumatore potenzialmente alternativa a qualunque altra.

HBSC Lombardia 2010 – Sintesi dei dati relativi al "consumo di sostanze"

- Alcolici: i ragazzi dimostrano di fare abbondante uso di alcolici, soprattutto al crescere dell'età: a 11 anni ha bevuto il 29.5% a 13 il 55.4% e a 15 l'81.0%. Particolarmente interessante risultano le preferenze di consumo fra gli studenti: al primo posto si posizionano gli alcolpop (33.1%), di cui si fa un uso anche frequente. Seguono la birre (32.0%), gli "altri alcolici" (29.2%) e il vino (28.3%). Per quanto riguarda l'uso eccessivo di alcol, il 15.4% del campione riporta episodi di ubriacatura e il 17.4% di *binge drinking*. I 15enni coinvolti in tali episodi si aggirano intorno al 32%.
- Tabacco: il 24.1% dichiara di aver fumato almeno una sigaretta nella sua vita e tale consumo aumenta con l'età: 3.1% a 11 anni, 21.9% a 13 e 54.7% a 15 anni. Molti di questi "sperimentatori" non si trasformano però in consumatori: il consumo attuale riguarda l'11.8% del campione (1.0% degli 11enni, 8.2% dei 13enni e 30.8% dei 15enni).
- Cannabis: il consumo di cannabis riguarda il 10.8% dei 13 e 15enni. Emerge tuttavia una notevole differenza fra le due fasce di età: a 13 anni hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita il 2.9% degli studenti e a 15 anni il 20.9%.
- Altre sostanze illegali: i ragazzi che dichiarano di aver fatto uso di almeno una droga differente dalla cannabis rappresentano il 6.7% dei quindicenni (66 ragazzi). Le sostanze più diffuse sono i funghi allucinogeni e la colla.
- Doping: l'uso di sostanze dopanti coinvolge il 2.0% dei 15enni.

Anche l'alcol, sostanza lecita e grandemente diffusa, sembra iniziare a perdere le caratteristiche di "lubrificante sociale" tipiche dell'uso aggregativo/relazionale, per assumere quelle di sostanza "alterante in sé", alternativa a qualunque "stupefacente" (come nel caso del cd. "*binge drinking*").

Anche il ruolo dei *social network* e dei nuovi media, sta accelerando ulteriormente il processo di sdoganamento, di normalizzazione e diffusione delle droghe fra i cd. "nati nell'era digitale" (meno influenzati/bili su questi argomenti dai processi educativi classici della famiglia, della scuola e dei media tradizionali), facilitandone l'accesso (in termini di acquisto e consumo).
Dai dati in nostro possesso emerge chiaramente l'interconnessione tra il consumo di sostanze e tutti gli altri ambiti e contesti di vita. Lungi dall'essere un fenomeno astorico e decontestualizzato, strettamente e unicamente legato a fattori individuali, il consumo di sostanze si connota come fortemente legato alle caratteristiche di diversi contesti di vita: famiglia, pari, scuola e comunità. Recenti contributi scientifici hanno, infatti, delineato un complesso sistema di relazioni interdipendenti tra individui ed ambiente sociale e culturale all'interno del quale il consumo di sostanze acquisisce forma e significato. In una prospettiva ecologico-sociale, il consumo di sostanze nelle diverse fasce di popolazione (in primis fra i più giovani) risulta strettamente legato sia alle caratteristiche dell'individuo sia alle caratteristiche dei molteplici contesti in cui vive.
In queste premesse trova motivazione l'avvio – a partire dal 2008 –, il successivo rafforzamento e il progressivo consolidamento a livello regionale e territoriale (grazie al coinvolgimento di tutte le ATS e alla sinergia e integrazione con i diversi livelli della programmazione sociale e di Zona in capo agli Enti locali) della Rete Regionale per la Prevenzione dipendenze.
Essa, anche in attuazione degli obiettivi strategici fissati dal Piano di Azione Regionale Dipendenze (di cui alla DGR IX/4225/2012):

- Promuove e supporta il coordinamento multilivello degli interventi, la programmazione intersettoriale e le azioni dei diversi attori sociali presenti sul territorio;
- Qualificare le attività di prevenzione, promuove la diffusione di programmi coerenti con gli standard quali-quantitativi regionali, nazionali e internazionali;
- Aggiorna il patrimonio di conoscenza e gli strumenti metodologici a disposizione dei diversi attori in gioco e favorisce la conoscenza e lo scambio di buone pratiche.

A livello territoriale, in ciascuna ATS, questi obiettivi si concretizzano e attraverso lo strumento del Piano Locali Prevenzione Dipendenze (elaborato secondo quanto previsto dalla DGR IX/1999/2011 per il tramite del Comitato Rete Locale prevenzione Dipendenze, con il coinvolgimento di tutti gli Attori pubblici e istituzionali del territorio, Piano fortemente collegati agli altri strumenti programmatori nell'area preventiva: Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi, Piano Integrato Locale per la promozione della salute)
In questa cornice trovano sfondo le più recenti azioni di Prevenzione del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in attuazione della LR 8/13 e della DGR X/856/2013, che hanno individuato anche in questo specifico campo la strategia del lavoro di rete e dello sviluppo di partnership e programmi di intervento intersettoriali quale forma promettente per la diffusione nella popolazione di atteggiamenti e comportamenti preventivi e in grado di individuare precocemente ed altrettanto efficacemente le situazioni a maggior rischio, anche con il coinvolgimento attivo di settori della società civile tipicamente non coinvolti in questo tipo di strategie (es. gestori di locali; mondo della produzione ecc.).

Prevenzione oncologica mediante diagnosi precoce (tumore di mammella, colon – retto, cervice uterina)[12]

Nell'ambito delle patologie oncologiche Regione Lombardia, in coerenza con le indicazioni nazionali e le evidenze scientifiche, ha organizzato programmi di prevenzione rivolti alla popolazione che, per età e sesso, risulta essere più a rischio e per la quale la partecipazione a una prestazione diagnostica può garantire un efficace guadagno di salute. Nella tabella seguente sono riportati i livelli di offerta.

[12] Dati aggiornati – rif 2013 e ISTAT

	Popolazione target	Prestazione offerta	Copertura* di popolazione
Mammella	Donne 50-69 anni	Mammografia	81%
Colon retto	Donne e uomini 50-69 anni	Test del sangue occulto delle feci	57%
Cervice uterina	Donne 25-64 anni	Pap Test	79%

** Comprende anche le prestazioni fuori dai programmi di screening*

- ***Screening mammografico***

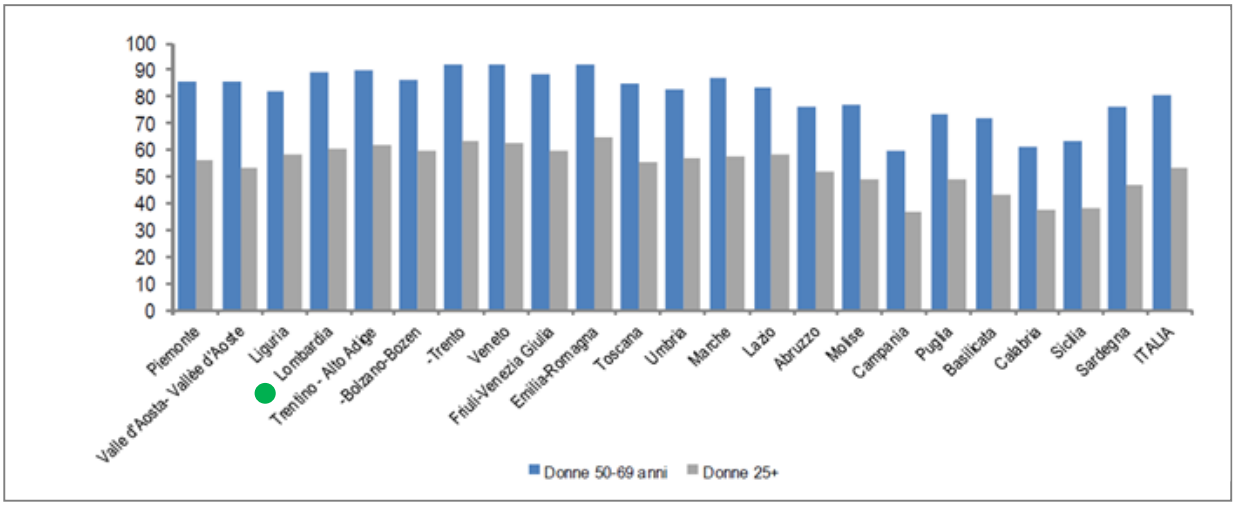
Regione Lombardia ha attivato dal 2000, su tutto il territorio, un programma di screening del tumore della mammella. Tutte le residenti tra i 50 e i 69 anni sono invitate ad eseguire lo screening mammografico con intervallo biennale; in caso di positività le pazienti vengono richiamate per gli opportuni approfondimenti (ecografia, biopsia,ect). Nel 2013 sono state invitate 558.238 residenti, hanno aderito in 331.698; sono risultate positive alla mammografia di screening in 18.101, diagnosticate con cancro in 1550:

- ogni 100 invitate 68 hanno aderito;
- ogni 100 pazienti screenate con mammografia: 95 sono negative, 5 sono positive e inviate ad approfondimento diagnostico;
- ogni 100 pazienti positive che eseguono approfondimento diagnostico: a 8 viene diagnosticato un cancro.

Nel confronto con i dati italiani si osserva che Regione Lombardia contribuisce per circa 1/5 al totale degli esami effettuati nei programmi di screening nazionali (circa 330.000 su 1.500.000).

I dati sopra riportati garantiscono una copertura di screening (indicatore LEA – numero di aderenti sul numero totale di residenti target) pari al 53%. Nel grafico sottostante è descritta la copertura complessiva di per una mammografia di prevenzione del tumore alla mammella (sia in screening sia fuori screening).

Copertura per la prevenzione del tumore al seno
(mammografia eseguita negli ultimi 2 anni) donne 50-69 anni e donne 25+



Fonte: Tutela della salute e accesso alle cure anno 2013, Istat

- ***Screening Colon Retto***

Regione Lombardia ha attivato dal 2005 un programma di prevenzione del tumore del colon retto. E' previsto l'invito di tutta la popolazione tra i 50 e i 69 anni alla esecuzione, ogni due anni, del test del sangue occulto delle feci. In caso di positività i pazienti sono richiamati ad eseguire una colonscopia di approfondimento. Il programma di screening è a regime su tutto il territorio dal 2006; nel 2013 sono stati invitati 1.128.669 residenti, hanno aderito in 571.904; sono risultati positivi al test di screening in 25.410, diagnosticati con patologia 8.541 (543 cancro, 3.448 adenoma alto rischio, 4.550 adenoma basso rischio):

- ogni 100 invitati 53 hanno aderito
- ogni 100 pazienti screenati 96 sono negativi, 4 sono positivi e consigliati di sottoporsi a colonscopia;
- ogni 100 pazienti positivi che eseguono colonscopia di screening a 3 viene diagnosticato un cancro, a 17 un adenoma ad alto rischio e a 22 un adenoma a basso rischio, 58 risultano negativi.

  Nel confronto con i dati italiani si osserva che Regione Lombardia contribuisce per circa 1/3 al totale degli esami effettuati nei programmi di screening nazionali (circa 500.000 su 1.500.000).

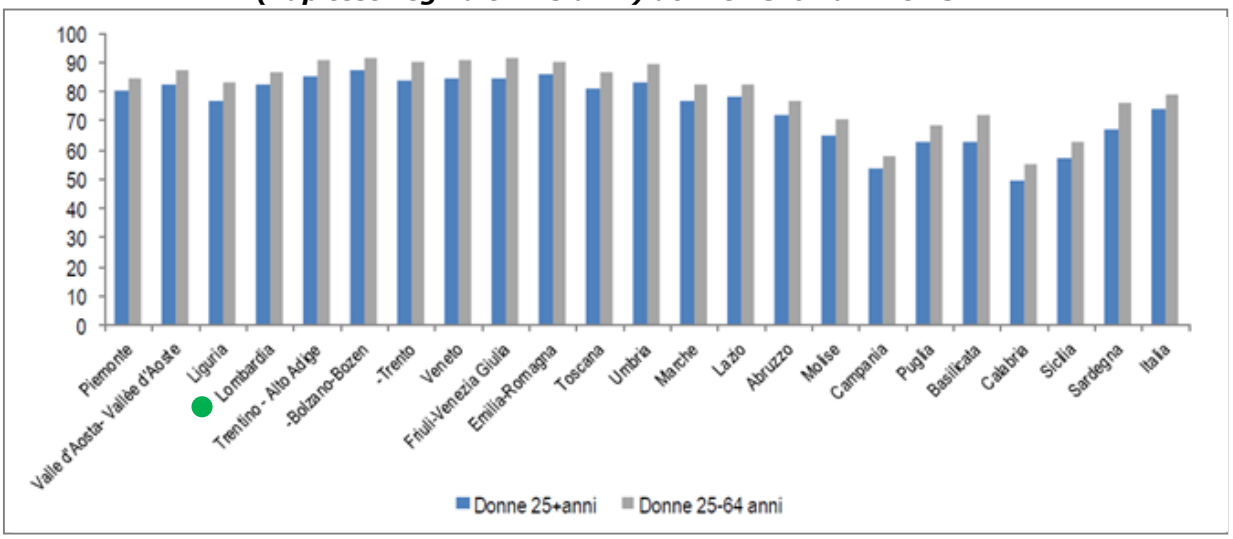
I dati sopra riportati garantiscono una copertura di screening (indicatore LEA – numero di aderenti sul numero totale di residenti target) pari al 47%.

- ***Prevenzione del carcinoma della cervice uterina***

La prevenzione del carcinoma della cervice uterina in Regione Lombardia è organizzata attraverso programmi di screening realizzati in alcune ATS mentre le altre ATS sviluppano azioni indirizzate verso gruppi di popolazione "fragili" anche alla luce dell'abitudine delle cittadine lombarde alla prevenzione spontanea. I dati mostrano che la copertura della prestazione di pap test è assicurata, nella fascia di età 25-64 anni, per circa 8 donne su 10: ciò grazie ad un forte livello di consapevolezza delle donne lombarde che accedono a tale prestazione sia nell'ambito delle campagne di screening, sia in maniera spontanea. L'alto livello di copertura ha contribuito a mantenere una bassa incidenza della patologia grazie all'azione sui precursori neoplastici, modificando il profilo epidemiologico della patologia.

Quanto sopra riportato garantisce una copertura di screening (indicatore LEA – numero di aderenti sul numero totale di residenti target) pari al 10% per il 2013. Nel grafico sottostante è descritta la copertura complessiva per un pap test di prevenzione del tumore alla cervice uterina (sia in screening sia fuori screening).

Copertura per la prevenzione dei tumori alla cervice uterina (Pap test negli ultimi 3 anni) donne 25-64 anni e 25+



Fonte: Tutela della salute e accesso alle cure anno 2013, Istat

La protezione contro il carcinoma della cervice uterina è ulteriormente perseguita attraverso l'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV alle ragazze dell'età di 11 anni. Sono state inoltre previste modalità di offerta vaccinale anche alle corti di età diverse da quelle per cui è prevista la chiamata attiva. La vaccinazione è stata introdotta nell'offerta di prevenzione primaria alle dodicenni con tassi di adesione in crescita: la coorte del 1997 ha registrato un tasso di copertura vaccinale per la prima dose del 68% versus il 74% a livello nazionale, la coorte del 2000, prima dose, del 75,8% versus 76,7% italiano.

Prevenzione delle malattie trasmissibili e malattie prevenibili con vaccinazione[13]

L'aumento demografico, l'urbanizzazione, la globalizzazione e i rapidi spostamenti aerei di persone e merci hanno aperto una nuova era per le malattie infettive. Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un aumento dell'incidenza di malattie infettive già conosciute e dalla diffusione oltre-frontiera di malattie infettive emergenti. Per far fronte alle reali emergenze infettive e alla gestione degli eventi di grande portata come EXPO 2015, la strategia di regione Lombardia è stata mirata a rafforzare la capacità di risposta, la cosiddetta *preparedness*, definendo un'organizzazione e una rete di laboratori di riferimento al fine di consentire di eseguire una diagnosi precoce ed una rapida e precisa identificazione eziologica per orientare una risposta tempestiva ed efficace atta a ridurre al minimo l'eventuale impatto sanitario e socio-economico di epidemie o nuovi patogeni.

Le patologie più frequenti notificate sono le malattie esantematiche infantili, in particolare la varicella (219 casi per 100.000 abitanti) e la scarlattina (49 casi per 100.000 abitanti). La mononucleosi negli ultimi 5 anni ha una media di 325 casi/anno con 379 casi nell'ultimo anno. Attraverso il perseguimento degli obiettivi contenuti nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015, tra cui l'offerta attiva di vaccinazione, si è assistito ad un netto decremento dei casi di morbillo con 703 segnalazioni nel 2013 e 146 casi nel 2014 (Lombardia 2014: 1,5 casi per 100.000 residenti - Italia 2014: 2,8 casi per 100.000). Rispetto al contesto Europeo i Paesi che hanno riportato, tra Dicembre 2013 e Novembre 2014, il maggior numero di casi (76% dei casi nei 30 Stati membri dell'EU/EEA) si sono verificati in Italia, Germania, Francia e Paesi Bassi. Solo 10 Paesi hanno riferito meno di 1 caso di morbillo per milione di abitanti (soglia target di eliminazione). Nessun decesso correlato al morbillo è stato segnalato nel periodo di riferimento ma 5 casi sono stati complicati da encefalite.

In termini di frequenza seguono le patologie gastrointestinali: ai primi posti si attestano le salmonellosi non tifoidee (15 X 100.000 abitanti) e le diarree infettive (44 X 100.000 abitanti). Le notifiche di listeriosi, in maniera similare al contesto epidemiologico europeo, sono andate aumentando negli anni con 53 casi nel 2014. Dal 2005 si sono verificati meno di 200 casi anno di epatite A con due picchi nel 2009 e nel 2013. Nell'anno 2013 l'aumento dei casi è correlabile all'epidemia multistato che ha coinvolto diversi Paesi europei (Italia, Irlanda, Olanda, Francia, Gran Bretagna, Svezia), originatasi da frutti di bosco surgelati.

Le notifiche di salmonellosi continuano ad essere in diminuzione coerentemente al quadro europeo, con un incremento si quelle sostenute da *S.Thiphimurium*, ed in particolare della sua variante monofasica. Dopo un netto aumento dovuto anche al rafforzamento del sistema di sorveglianza, negli ultimi 5 anni le diarree infettive si attestano ad una media di 4028 casi. Gli agenti eziologici che sostengono le diarree infettive notificate sono nel 58% da *Clostridium difficile*, il 27% da *enterovirus*, il 14% da batteri (escluse le salmonelle) e il restante non noti. Negli ultimi cinque anni la media delle diarree sostenute da *Campylobacter* sono 524/anno e colpiscono maggiormente i bambini al di sotto dei 4 anni. Le diarree infettive di origine virale notificati sono a carico di bambini: il 60% delle diarree infettive da *norovirus* e il 90% di quelle da *adenovirus* si verificano al di sotto dei 9 anni.

[13] Dati aggiornati – rif 2014 o ultimo dato disponibile

Tra le patologie rilevanti in termini di gravità clinica, la tubercolosi ha un trend in diminuzione negli ultimi anni con un numero di notifiche in media attorno a 800 casi/anno per un tasso di 7,2 X 100000 abitanti che fa collocare la Lombardia e l'Italia tra i Paesi a bassa endemia (Fonte: *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, ECDC Surveillance* Report 2014). Negli ultimi anni sono circolanti nel mondo e in Europa micobatteri per i quali le comuni terapie non sono efficaci e necessitano l'utilizzo di farmaci detti di 'seconda linea', è stata pertanto rafforzata la sorveglianza prevedendo l'analisi sistematica di antibiotico resistenza dei ceppi isolati in Lombardia. La quasi totalità delle tubercolosi osservate nella nostra Regione è sensibile alle terapie convenzionali e pertanto caratterizzata da una buona risposta alla cura; dai dati emersi dalle analisi di antibiotico resistenza effettuate nella ceppoteca regionale la percentuale di TB MDR (*Multi Drug Resistant*) è calcolata rispetto il numero di pazienti dei quali è stato inviato il ceppo al Laboratorio di Riferimento e si attesta attorno a valori tra il 4-6% negli ultimi 4 anni. Le malattie invasive pneumococciche hanno registrato in Lombardia 354 casi nel 2013 con un tasso di 3 X 100.000 abitanti versus 1,64 a livello nazionale e le malattie invasive meningococciche si attestano a 42 casi nel 2013. In Lombardia nel 2013 le nuove diagnosi di HIV segnalate sono state 932, di cui 891 a carico di soggetti residenti con un tasso d'incidenza del 9,2 per 100.000 abitanti (incidenza nuove diagnosi HIV in Italia 6,0 nuovi casi per 100.000 residenti). Il trend dei casi di AIDS è in costante diminuzione con una media di 276 casi/anno (periodo 2009-2013).
In Lombardia nell'anno 2013 sono stati confermati 10 casi autoctoni di meningo-encefalite da *West Nile Virus*, di cui 6 soggetti residenti nella provincia di Mantova, 2 in quella di Brescia e 1 nella provincia di Cremona e nell'anno 2014 sono stati confermati 13 casi autoctoni di meningo-encefalite da *West Nile Virus*, di cui 5 soggetti residenti nella provincia di Pavia, 3 in quella di Cremona, 2 a Lodi e Mantova e 1 in quella di Brescia; dal punto di vista temporale 4 casi si sono verificati in Agosto e 9 in Settembre (Fonte dati: sistema notifiche malattie infettive Lombardia, MAINF). Il 69% dei casi ha una età maggiore di 65 anni e 10 su 13 sono di sesso maschile. Un paziente tra i casi segnalati, maschio di anni di 86 anni è deceduto.
Nell'Unione Europea, dalle ultime stime fornite del ECDC, emerge che circa 4.100.000 pazienti ogni anno acquisiscono infezioni correlate all'assistenza (ICA) che causano circa 37.000 decessi. Le infezioni più frequenti sono quelle delle vie urinarie, delle vie respiratorie, del sito chirurgico, le sepsi e altre tra cui rilevante è la quota delle diarree da *Clostridium Difficile*. Lo *Staphylococcus aureus* multi resistente (MRSA) è isolato in circa il 5% delle infezioni correlate all'assistenza. Inoltre è evidente un aumento preoccupante delle infezioni sostenute da batteri resistenti alle *carbapenemasi*. Circa il 20-30% delle infezioni correlate all'assistenza è considerata prevenibile con programmi di prevenzione e controllo intensivi. A livello lombardo emerge una situazione epidemiologica con pattern simili a quelli Europei. Alla luce di questo scenario il continuo affinamento degli strumenti per la sorveglianza e degli strumenti di controllo delle infezioni correlate all'assistenza basati su evidenze di provata efficacia e flessibili per adattarsi ai diversi contesti organizzativi assumono un'importanza cruciale.

Nel prossimo decennio un numero sempre più elevato di vaccini sarà immesso sul mercato e considerato per l'introduzione universale nella popolazione, d'altro canto il fenomeno del rifiuto delle vaccinazioni è in crescita e comincia a interessare anche aree in cui non sono presenti gruppi dissidenti organizzati. In Lombardia le coperture vaccinali per le vaccinazioni contro il tetano, difterite, pertosse, epatite B, *Haemophilus b* sono attorno al 95%, la vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia si attesta a valori tra 90-95% negli ultimi 5 anni, e le coperture per le vaccinazioni, introdotte successivamente, come quella contro la malattia meningococcica e pneumococcica sono in aumento. Inoltre sono attive le offerte gratuite di alcuni vaccini a soggetti con alcune patologie specifiche coerentemente alle indicazioni ministeriali.
Oramai necessario per definire le strategie vaccinali oltre l'epidemiologia, le coperture vaccinali e le raccomandazioni basate sulle evidenze, considerare e incorporare nelle decisioni altri

elementi, meno direttamente misurabili, quali le attese e convincimenti della popolazione, i valori etici, l'influenza delle pressioni mediatiche, gli aspetti di equità.

Programmazione delle attività di controllo a tutela della salute e sicurezza dei cittadini / consumatori / lavoratori condivisa tra enti ed istituzioni coinvolti[14]

La Programmazione delle attività di controllo è effettuata in relazione al contesto di riferimento e secondo i principi della graduazione del rischio.

L'attuazione dei piani di controllo da parte delle ASL ha permesso nel 2013 la realizzazione complessivamente di 192.194 controlli svolti nell'ambito degli ambienti di lavoro, degli ambienti di vita e della filiera degli alimenti non di origine animale.

La programmazione della ATS - DIPS - fa propri e declina, nelle diverse realtà territoriali, anche gli obiettivi definiti dal livello nazionale nei LEA, in coerenza con le linee di indirizzo conseguenti.

Il modello organizzativo praticato e da praticarsi è quello che valorizza un'ampia partecipazione delle parti sociali e delle istituzioni con competenze nelle specifiche aree (tutela della salute e sicurezza dei cittadini /consumatori/lavoratori), sia nella fase di individuazione di priorità ed obiettivi, sia nella fase di valutazione del guadagno di salute conseguito. Il processo per affrontare e risolvere i bisogni di prevenzione inizia con la realizzazione della "peer network", la "rete di pari".

Nell'ambito della tutela della salute della popolazione negli ambienti di vita la prevenzione è chiamata a contribuire nel percorso di valutazione degli Strumenti di Pianificazione e di Governo del territorio (PTR, PTCP, PGT, pianificazione di settore, ecc.), tesa a garantire il miglior utilizzo del territorio e la migliore fruibilità dello stesso da parte dei cittadini e si esplica nell'identificare le correlazioni tra salute e ambiente, affinché siano operate scelte ed intraprese azioni in grado di salvaguardare la salute della popolazione dai fattori di inquinamento.

Analogamente è chiamata nella valutazione dei contenuti degli Studi di Impatto Ambientale, in ambito di Valutazione d'Impatto Ambientale (VIA) per la componente salute. La Comunità Europea ha sancito il principio secondo cui: "... *tutti i progetti che hanno dei riflessi sul territorio e quindi comportano una trasformazione del territorio devono essere giudicati anche al fine della valutazione dei possibili impatti che il progetto una volta realizzato determina sul territorio*".

Nell'ambito del progetto di formazione ed accompagnamento a supporto conferimento di funzioni alle Province avviato con la l.r. 2 febbraio 2010 n. 5 "*Norme in materia di impatto ambientale*" Regione Lombardia ha approvato, con DGR IX/1266/2014 le Linee Guida per la redazione del capitolo "Salute Pubblica" degli Studi di Impatto Ambientale (SIA). Si è pertanto dato seguito a quanto stabilito dal Regolamento Regionale n. 5 del 21 novembre 2011, attuativo della l.r. 5/2010, circa la necessità di assicurare adeguato supporto tecnico-amministrativo alle Autorità competenti in materia di VIA a seguito del conferimento di competenze.

Le Linee Guida espongono i riferimenti fondamentali utili alla redazione degli Studi di Impatto Ambientale (SIA) sul settore "Salute pubblica".

I contenuti presentano numerosi elementi di contatto con linee guida relative ad altre componenti (principalmente aria, sottosuolo e rumore) e sono articolate nelle seguenti parti:

- un documento principale, che fornisce i riferimenti essenziali ed il quadro complessivo per il settore "Salute pubblica";
- appendici che sviluppano le metodologie del documento principale.

Il documento approvato, indica, a partire dall'illustrazione dei concetti prioritari del settore e degli elementi concettuali di maggiore rilievo attorno ai quali lo SIA deve ragionare e fornire, per quanto possibile, risposte specifiche, il percorso da adottare nell'analisi dell'impatto ambientale sulla componente "Salute pubblica", ossia:

1. Fase di orientamento (o di scoping). E' necessario individuare gli impatti potenzialmente significativi da approfondire nello SIA o nello SAP ove si sia in fase di Verifica di

[14] Capitolo aggiornato

Assoggettabilità. In tale fase riveste particolare importanza l'analisi della letteratura che deve essere esaustiva, aggiornata e corretta, al fine di raccogliere evidenze scientifiche.

2. Stato dell'ambiente. La caratterizzazione dello stato e dei livelli di qualità per la componente "Salute pubblica" compiuta tramite l'analisi, la documentazione e la valutazione dello stato di salute *ante operam* della popolazione target, della specificità del contesto territoriale in cui un'opera viene realizzata, delle caratteristiche della popolazione target e delle eventuali sottopopolazioni di rilievo, delle dinamiche temporali (andamenti nel tempo) dei fenomeni sanitari di maggiore rilevanza per l'opera in progetto e confronti con valori/gruppi di riferimento, con situazioni di paragone particolarmente significative.
   Per descrivere e valutare lo stato di salute di una popolazione nella fase *ante operam* (ma anche durante le fasi di cantiere, di esercizio, di dismissione) è fondamentale la disponibilità dei dati. Le principali tipologie di dati disponibili riguardano: mortalità; ricoveri ospedalieri; consumi farmaceutici; prestazioni di specialistica ambulatoriale; soggetti che godono di qualche tipo di esenzione; registri di patologia; accessi al pronto soccorso; certificati di assistenza al parto (CeDAP).
3. Stima degli impatti futuri. Gli effetti attesi sulla salute come conseguenza di un'opera di cui si propone la realizzazione possono essere evidenziati solo da un'analisi esaustiva, aggiornata e corretta della letteratura disponibile, italiana ed internazionale. Vengono descritti gli strumenti metodologici da seguire per la determinazione degli effetti attesi sulla salute (approccio tossicologico - *risk assessment* - ed approccio epidemiologico – calcolo del rischio attribuibile*)*.
4. Misure correttive. Lo SIA dovrà fornire le indicazioni affinché vengano mitigati gli impatti negativi sulla salute. Le misure di mitigazione fanno riferimento principalmente ad evitare e/o limitare l'esposizione della popolazione ai fattori di pressione e pertanto saranno da utilizzare le tecniche e le pratiche disponibili per altre componenti ambientali.
5. Il monitoraggio. Lo SIA dovrà indicare quali azioni/attività devono essere messe in atto per monitorare il processo realizzativo, ed in particolare per permettere di valutare quanto le fasi attuative dell'opera si avvicinano (ovvero si discostano) dalle indicazioni previsionali. Le informazioni, i dati e comunque tutti gli elementi di conoscenza e di caratterizzazione previsti per le attività di monitoraggio devono consentire di acquisire un quadro sufficientemente dettagliato e (possibilmente) esaustivo per riconoscere, stimare e valutare le ripercussioni sulla salute della realizzazione dell'opera, prevedendo che il monitoraggio relativo alla fase di esercizio possa durare quanto l'esercizio stesso.

In questo contesto occorre innanzitutto ricordare il ruolo primario (istituzionale) della ATS nel percorso valutativo, ruolo che si configura esplicitamente come soggetto che all'interno della Commissione VIA fornisce il suo contributo per la valutazione dell'opera proposta (valutatore, terzo, dell'impatto dell'opera in discussione). Ciò presuppone che nella conduzione di tale attività l' ATS non si debba esporre a potenziale conflitto di interesse (valutatore-valutato).
Questa situazione di indipendenza è a volte chiamata in causa (e potenzialmente messa in discussione) per via di legittime richieste che pervengono alla ATS da Istituzioni (Comuni, ad esempio, o altri Enti) pubbliche nella loro natura ma che nel processo di VIA non sono terze e svolgono il ruolo di "parti interessate". La legittimità della richiesta risiede spesso nel fatto che essendo la ATS unica titolare di informazioni utili per una valutazione dello stato di salute della popolazione interessata da un'opera diventa quasi inevitabile chiedere la sua collaborazione (se non la sua azione diretta) In tale contesto occorre fare in modo di garantire contemporaneamente due esigenze: da una parte la non rinuncia della ATS al suo ruolo istituzionale di valutatore indipendente nel percorso di VIA, dall'altra permettere ai soggetti interessati agli effetti dell'opera (proponenti e *stakeholders*) di poter svolgere il proprio ruolo/compito.

Una modalità per ottemperare ad entrambe le esigenze è quella che vede la ATS da una parte mettere a disposizione dei richiedenti (con le cautele permesse dai regolamenti sulla *privacy*) le informazioni necessarie (i dati o le elaborazioni) per effettuare le valutazioni di impatto dell'opera sulla salute delle popolazioni, rinunciando allo svolgimento di dette attività per conto dei portatori di interesse (pubblici o privati che siano), e dall'altra svolgere in proprio tutte quelle attività che permettono alla ATS di adempiere al ruolo istituzionale di valutatore. In tale fattispecie devono essere considerate anche le valutazioni ex post sulla salute (o monitoraggio) della popolazione che sono posti in capo al proponente l'opera.

In tale contesto, Regione Lombardia ha aderito al progetto CCM 2013 *"Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS): Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti",* denominato "*t4HIA*" (tools for HIA), che ha avuto inizio formale il 24 marzo 2014. Quale capofila della UO 3 ha l'obiettivo di elaborare le Linee Guida per la redazione del capitolo "Salute Pubblica" degli Studi di Impatto Ambientale (SIA) a valenza nazionale.

Ambienti di vita

Con decreto n. 12678 del 21/12/2011, sono state adottate le Linee Guida per la prevenzione delle esposizioni al **gas radon** in ambienti indoor. L'iniziativa si inserisce tra le azioni finalizzate alla tutela della salute del cittadino e persegue l'obiettivo di ridurre l'incidenza del tumore polmonare.

Il documento, che rappresenta uno strumento operativo per i Comuni, per i progettisti e per i costruttori di edifici, fornisce indicazioni e suggerimenti riguardanti la realizzazione di nuovi edifici radon-resistenti e le azioni per ridurre l'esposizione al gas radon nel caso di edifici esistenti, in sinergia con gli interventi finalizzati al risparmio energetico.

Le Linee Guida costituiscono peraltro direttiva, ai sensi dell'art.124 della l.r. n. 33/2009. A tal fine una specifica informativa (nota n. 37800 del 27/12/2011) è stata inviata ai Comuni lombardi, per sollecitare l'inserimento nei Regolamenti Edilizi Comunali di specifiche norme tecniche.

La medesima finalità di tutela è indirizzata nell'attività di controllo degli ambienti di vita; delle acque di balneazione; della filiera alimentare e dell'acqua destinata al consumo umano; nel rischio legato a sostanze chimiche e prodotti.

Le **acque di balneazione** monitorate durante la stagione balneare 2014, la cui individuazione è stata conseguita sulla base degli esiti della stagione immediatamente precedente, sono 239 di cui:

- 32 in Provincia di Bergamo
- 103 in Provincia di Brescia
- 36 in Provincia di Como
- 21 in Provincia di Lecco
- 39 in Provincia di Varese
- 2 in Provincia di Sondrio
- 6 in Provincia di Milano

A partire dalla stagione balneare 2014, sono monitorate 5 nuove aree di balneazione .

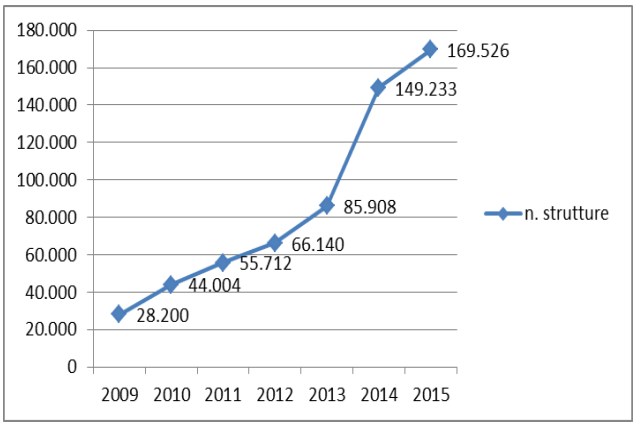
Amianto

Dal 2000 in Lombardia è attivo il Centro Operativo Regionale (COR), istituito dalla DG Salute presso la Clinica del Lavoro di Milano - Ospedale Maggiore Policlinico - Università degli Studi di Milano Dipartimento di Medicina del Lavoro. Il COR della Lombardia si coordina con la DG Welfare:

- ✓ ricerca le patologie da amianto che inserisce nel Registro regionale dei mesoteliomi;
- ✓ si interfaccia con INAIL per implementare il Registro nazionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale.

Dal 2000 al 2014 al COR sono stati segnalati 9.215 casi. I casi incidenti di mesotelioma sono risultati 5.171 (56.1% dei casi segnalati). Per 2.537 soggetti (62.9% della casistica esaminata)

l'esposizione ad amianto è avvenuta in ambito professionale, mentre è stata riconosciuta l'esposizione legata ad attività svolte nel tempo libero in 85 casi (2.1%); un'esposizione di tipo familiare (convivenza con soggetti professionalmente esposti ad amianto) in 74 casi (1.8%) e un'esposizione di tipo ambientale in 137 casi (3.4%).
I settori noti per l'utilizzo di manufatti contenenti amianto sono edilizia (24,7%), l'industria metalmeccanica e metallurgica (22,8%), l'industria tessile (14,6%), l'industria chimica (5,9%), della produzione e manutenzione di mezzi di trasporto quali auto- e motoveicoli (4,3%) e in lavoratori dell'industria alimentare (inclusi gli zuccherifici 3,4%).
Le politiche adottate dalla DG Welfare, oltre alla ricerca delle patologie da amianto, sono:
il censimento dei siti con presenza di manufatti in amianto. Il Piano Regionale Amianto Lombardia (PRAL) ha previsto che i proprietari di manufatti in amianto inviassero alle ATS una comunicazione per censire i siti con amianto. Dal 2008 al 28.02.2015 risultano censiti 169.526 siti/strutture private e pubbliche, di cui 5.535 in matrice friabile, cui corrisponde un volume censito pari 3.881.084 m3 di materiali contenente amianto.



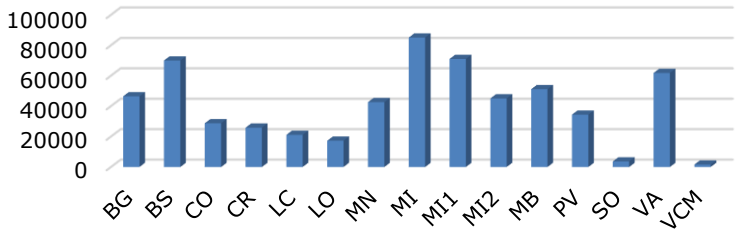
- ✓ la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti. In Lombardia le visite sono effettuate dalle Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro, strutture inserite nelle ASST o nelle Università in grado di garantire competenza ed esperienza nella sorveglianza clinica a rischi professionali, e di avvantaggiarsi del supporto specialistico delle strutture ospedaliere. I costi economici per la fase di screening (DGR VIII/1526/2005) sono a carico del SSR.
- ✓ vigilanza sui lavori di bonifica dell'amianto per la tutela dei lavoratori esposti e della popolazione, che le ATS effettuano a partire dalla ricezione dei Piani di lavoro da parte delle imprese.

Dal 2014 è attivo in Lombardia il servizio telematico Ge.M.A. (acronimo di Gestione Manufatti in Amianto) che consente alle imprese che eserciscono attività di bonifica amianto di trasmettere via web le notifiche art. 250 DLgs 81/08, i Piani di Lavoro art. 256 del DLgs 81/08 e le Relazioni annuali art. 9 L. 257/92. L'utilizzo gratuito di Ge.M.A., disposto con DGR IX/3913/2012 e DDGS n. 1785 del 04/03/2014, è esempio di semplificazione e si traduce in vantaggi per le imprese – eliminazione oneri amministrativi, certezza dei tempi, uniformità del debito informativo vs PA – e per le ATS - disponibilità immediatamente on-line dei documenti, programmazione efficiente dei controlli nei cantieri amianto, disponibilità immediata dell'anagrafe dei lavoratori esposti all'amianto, del carattere e della durata delle loro attività e delle esposizioni all'amianto. In particolare, l'anagrafe degli esposti costituisce bacino informativo per eventuali future patologie professionali e per ricerche retrospettive sugli effetti dell'esposizione.
Nel solo anno 2014, il primo dell'applicazione di Ge.M.A.:

- ✓ sono stati trasmessi circa 16.000 documenti da circa 720 imprese che hanno lavorato per la bonifica dell'amianto in Lombardia;
- ✓ sono stati registrati 3.701 lavoratori esposti, addetti alla bonifica per un totale di 606.000 ore lavorate;

- ✓ sono stati rimossi oltre 1.000.000 di quintali di manufatti in amianto, di cui circa 990.000 di lastre in eternit.

Ore lavorate dagli addetti alla bonifica dell'amianto disaggregate per ASL - Anno 2014



Fonte Ge.M.A.

Sicurezza Chimica

Il controllo ufficiale sulle sostanze chimiche è disposto nel rispetto dell'art. 125 del Regolamento (CE) 1907/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH) (G.U. n. 285 del 7 dicembre 2009) e dell'art. 46 del Regolamento (CE) 1278/2008 del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente la classificazione, l'etichettatura e l'imballaggio delle sostanze e delle miscele (CLP).

Il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno stipulato l'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs 28/08/1997, n. 281 (Rep. 181/CSR del 29/10/2009), che ne definisce il sistema e le linee di indirizzo.

Regione Lombardia, a sua volta, ne ha recepito i contenuti con DGR IX/1534/2011 "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano rep. N. 181/CSR del 29.10.2009 concernente il sistema dei controlli ufficiali e relative linee di indirizzo per l'attuazione del Regolamento CE n. 1907 del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH)" (BURL S.O. n. 17 del 29 aprile 2011). In dettaglio:

1. l'Autorità competente per i controlli REACH è individuata nella D.G. Welfare di Regione Lombardia, cui sono assegnate funzioni di programmazione, coordinamento e raccordo istituzionale con il Ministero della Salute, Autorità competente nazionale;
2. le ATS - articolazioni territoriali cui spettano, ai sensi della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33, il controllo e la vigilanza sulle sostanze pericolose - effettuano il controllo ufficiale sull'applicazione del Regolamento REACH e delle norme collegate in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio di sostanze e miscele pericolose (Regolamento (CE) 1272/2008 (CLP), D.Lgs 52/1997, D.Lgs 65/2003) tramite il DIPS;
3. le ATS assolvono, ai sensi della l.r. 5 dicembre 1983, n. 90, le funzioni amministrative relative all'irrogazione di sanzioni per violazioni commesse sul territorio lombardo i cui proventi sono destinati ai DIPS per incrementare qualità e quantità dell'attività di vigilanza e ispezione per la tutela della popolazione e dei lavoratori dai rischi chimici.

Annualmente il Ministero della Salute emana il Piano Nazionale delle attività di controllo sui prodotti chimici, successivamente adottato dalla DG Welfare mediante le *Regole di esercizio del servizio sanitario regionale.* Il governo della pianificazione dei controlli regionali è agito all'interno del Laboratorio di approfondimento (Lap) "Rischio chimico" secondo criteri e regole condivise e applicate dai singoli DIPS delle ATS.

La Conferenza Stato Regioni, nella seduta del 7 maggio 2015 (rep. atti n. 88/CSR) ha inoltre sancito "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Provincie Autonome concernente il Protocollo tecnico nazionale per la rete dei laboratori e le attività di campionamento ed analisi di sostanze,

miscele e articoli riguardanti il controllo ufficiale in applicazione a quanto previsto all'allegato A, paragrafo 10, dell'accordo Stato-Regioni del 29 ottobre 2009 (Rep. Atti n. 181/CSR), inerente l'attuazione del regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH)".

Sicurezza Alimentare

Nel campo della sicurezza alimentare negli ultimi anni si è consolidato, sia a livello nazionale sia regionale, il modello introdotto nell'Unione europea dal Regolamento (CE)178/2002 e dal successivo "Pacchetto Igiene" (Reg. (CE) 882/2004, 852/2004, 853/2004, 854/2004, 2073/2005), caratterizzato dalla forte responsabilizzazione degli operatori del settore alimentare e, di conseguenza, il passaggio, per l'Autorità competente, da controlli preventivi, da porre in atto prima dell'inizio della attività, a controlli a posteriori, che verificano non solo il rispetto dei requisiti, ma anche e soprattutto gli effettivi risultati in termini di controllo del rischio e limitazione dei danni.

La recente programmazione regionale ha visto quindi l'emanazione di provvedimenti volti a precisare le modalità di applicazione delle direttive dell'Unione Europea e a stabilire linee guida per la gestione di specifici ambiti.

*Per quanto riguarda la sicurezza alimentare degli alimenti non di origine animale, la Prevenzion*e è chiamata a dare attuazione, per quanto di competenza, a quanto previsto dalla normativa comunitaria in materia (Reg. (CE) 882/2004):

- al Piano Nazionale Integrato – MANCP, che descrive il sistema dei controlli ufficiali svolti lungo l'intera filiera alimentate al fine di tutelare i cittadini dai pericoli di natura sanitaria e dalle pratiche produttive sleali;
- all'Accordo Stato – Regioni del 07/02/2013 concernente "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle autorità competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria".

1. Contesto produttivo

Il sistema agro-alimentare lombardo è il più importante a livello italiano ed uno dei più rilevanti nel contesto europeo. La produzione agricola realizzata in Lombardia, in valore assoluto, è pari a 6,35 miliardi di euro. La forte vocazione zootecnica lombarda è confermata dai dati delle consistenze degli allevamenti e delle produzioni realizzate. Con circa 1,5 milioni di bovini (25% del patrimonio nazionale) e 4,2 milioni di suini allevati (53% del patrimonio nazionale), la Lombardia si pone ai primi posti anche a livello europeo. L'industria alimentare lombarda si caratterizza per un elevato numero di imprese operanti nei settori di interesse veterinario (2.859 stabilimenti con riconoscimento UE) principalmente afferenti al settore lattiero-caseario, a quello delle carni (lavorazione e trasformazione) e dei mangimi. Sono inoltre presenti circa 60.000 stabilimenti registrati e circa 54.000 per la produzione primaria.

Significativa la produzione di carne suina (40% della produzione nazionale), di carne bovina (25,9%), di carne avicola (19%), di latte (37,1%), di uova (17,7%) e di miele (13,9%). Il contributo del valore aggiunto dell'industria alimentare lombarda è globalmente stimato in 5,2 miliardi di euro, corrispondente al 19,1% del totale italiano.

La Lombardia svolge un ruolo fondamentale anche nelle esportazioni dei prodotti di origine animale, pari circa al 27% dell'export nazionale, con un picco del 41% per i prodotti lattiero caseari, per un valore corrente pari a circa 2.072 milioni di € di cui 1.470 milioni di € verso i paesi UE e 602 milioni di € verso i Paesi extra UE.

Per quanto riguarda la produzione agricola, la Lombardia produce il 17,9% dei cereali italiani e, in particolare, il 44% del riso italiano (21,5% della produzione europea). In regione si produce inoltre il 3% dell'uva da vino e lo 0,2% delle olive da olio. Nonostante lo scarso peso quantitativo, la Lombardia occupa un posto di rilievo per quanto riguarda la qualificazione della produzione, testimoniata dal forte orientamento a prodotti DOP e DOC, e da aree di eccellenza nel settore vitivinicolo. Negli ultimi anni sta crescendo anche il peso produttivo ed economico degli ortaggi

in piena aria (5,3%), specie di cocomero, melone e pomodoro da industria. Un discreto peso sul totale nazionale (6% della produzione) hanno anche gli ortaggi in serra.

2. Attività di controllo ufficiale – alimenti di origine animale

Stabilimenti riconosciuti

I controlli ufficiali eseguiti dai Dipartimenti di Prevenzione Veterinari sugli stabilimenti che producono alimenti di origine animale sono organizzati conformemente ai criteri stabiliti dalla normativa vigente e utilizzano tecniche appropriate sviluppate a tal fine: audit, ispezioni, verifiche, monitoraggio, sorveglianza e campionamenti.
Nel corso del 2013 sono stati effettuati 22.340 controlli ufficiali sul 95% degli stabilimenti riconosciuti. Sono state rilevate 2.905 non conformità ai requisiti previsti dalla normativa vigente. La significativa diminuzione delle infrazioni osservate, rispetto all'aumento degli accessi depone per un maggior rispetto delle norme da parte degli OSA.

Stabilimenti registrati

Gli stabilimenti registrati ai sensi del reg. CE 852/04 hanno una minore complessità ispettiva e minor rischio sanitario, pertanto la frequenza dei controlli è minore. Nel 2013 sono stati sottoposti a controllo 14.089 stabilimenti (pari al 25,5% sul totale dei presenti in regione) mediante 27.208 audit e ispezioni. Sono state rilevate 6.144 non conformità, passando anche per questi stabilimenti dal 29% al 23%; la maggior parte delle violazioni riscontrate sono state rilevate negli impianti di distribuzione al dettaglio.

Piano monitoraggio latte crudo

Ha riguardato il latte crudo nei tank aziendali (4.922 analisi) e nei distributori collocati sul territorio della Regione (6.541 analisi). Le analisi hanno riguardato la valutazione dei Criteri di Sicurezza Alimentare (ricerca di *Listeria monocytogenes*, *Salmonella* spp, *Campylobacter* termo tolleranti, *E. coli* VTEC) e la valutazione dei Criteri di Igiene di Processo (Enterobacteriaceae, *E.coli*). In sintesi, i risultati analitici ottenuti sottolineano la buona qualità del latte crudo destinato al consumo umano diretto.

Piano Aflatossine

Le aflatossine rappresentano uno dei contaminanti del latte che maggiormente deve essere tenuto sotto controllo considerati i pericoli sanitari.
La presenza della micotossina nel mais è condizionata dagli andamenti climatici, per cui devono essere previsti piani di sorveglianza ad hoc. Nel 2012 sono stati effettuati 1.217 campioni di latte di massa e di questi 55 sono risultati con valori maggiori di 50ppt con tecnica ELISA (4,5% di positività), mentre, nel 2013 sono stati effettuati 1.585 campioni e di questi 102 sono risultati con valori maggiori di 50ppt con tecnica ELISA (6,43% di positività).

Piano Listeria monocytogenes

Nel 2012 è terminato il piano di campionamento regionale per la valutazione della presenza di *Listeria monocytogenes* in formaggi. Nel complesso sono stati prelevati 2075 campioni, dei quali 138, pari al 6.65%, sono risultati contaminati. Nel corso del 2013 nell'ambito dei progetti EXPO 2015, per la valorizzazione di prodotti DOP, nelle Provincie maggiormente interessate alla produzione di taleggio e gorgonzola è stato definito un piano specifico per verificare la situazione della contaminazione ambientale degli impianti di produzione nei confronti di *Listeria*.

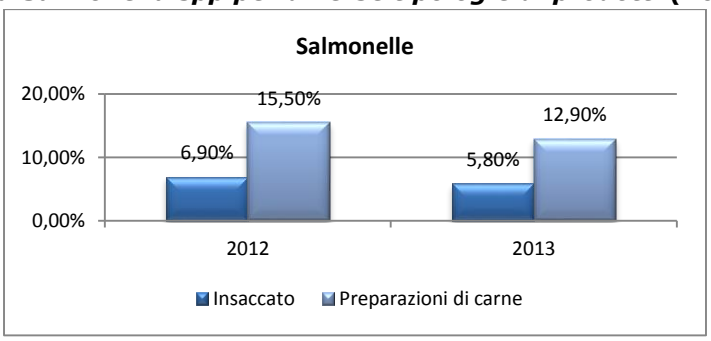
Piano Alpeggi

Nell'arco alpino regionale sono presenti n°370 strutture di caseificazione in alpeggio nel 2013, la cui quasi totalità è munita di riconoscimento comunitario.
Le attività di controllo effettuate nel biennio 2012/2013 hanno comportato l'adozione di 334 atti prescrittivi, 15 sospensioni/ritiri del riconoscimento, 5 restrizioni/divieti d'immissione sul mercato dei prodotti a base di latte.

Controlli su prodotti a base di carne

Nel corso del 2012/2013 è stato pianificato su tutto il territorio regionale, un programma di sorveglianza nei confronti della *Salmonella* e sul grado di contaminazione da enterobatteriacee in insaccati crudi e prodotti a base di carne.

Prevalenza Salmonella spp per diverse tipologie di prodotti (2012-2013)



Fonte Banca dati IZSLER elaborazione OEVRL

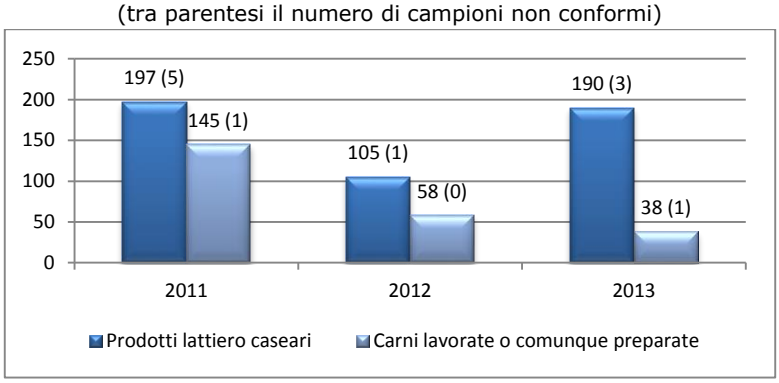
Controllo zoonosi trasmesse dagli alimenti.

Nell'ambito di applicazione della direttiva CE 2003/99 inerente la ricerca di agenti zoonosici, negli anni 2011-2012-2013 sul territorio della Regione Lombardia sono stati prelevati gli alimenti destinati al consumo umano per essere sottoposti a controlli presso le sezioni territoriali dell'IZSLER (ricerca di *Escherichia coli*, *Salmonella, Listeria monocytogenes* e Istamina.

I grafici seguenti mostrano le unità testate per le principali matrici alimentari nel triennio 2011-2013 Il numero contenuto delle non conformità rilevate testimonia la buona qualità igienico sanitaria dei prodotti di origine animale commercializzati e la corretta applicazione delle procedure di autocontrollo da parte degli operatori del settore alimentare.

Campioni effettuati per E.coli per diverse matrici 2011-2013

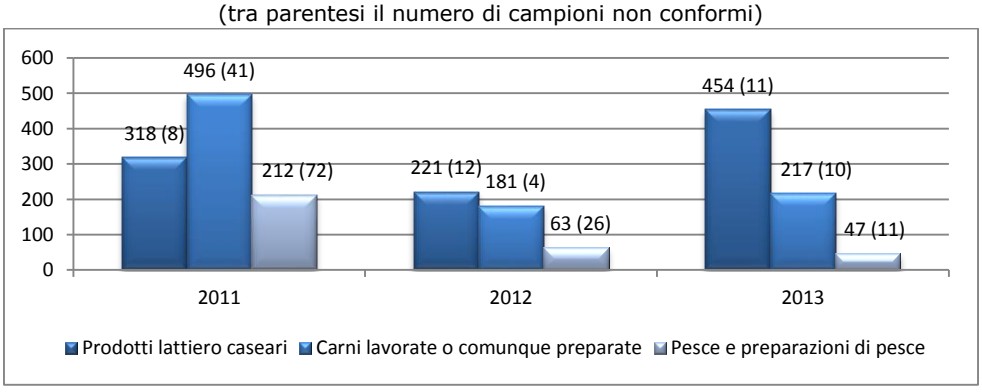
(tra parentesi il numero di campioni non conformi)



Fonte dati: Banca dati IZSLER elaborazione OEVRL

Controlli per *Listeria monocytogenes* per diverse matrici 2011-2013

(tra parentesi il numero di campioni non conformi)



Fonte dati: Banca dati IZSLER elaborazione OEVRL

Controllo residui - Piano Nazionale Residui (PNR)

Il Piano Nazionale Residui (PNR) programma l'attività di ricerca di residui negli animali e nei prodotti di origine animale con la finalità di rilevare i casi di somministrazione illecita di sostanze vietate, di somministrazione impropria di sostanze autorizzate e di verificare il rispetto dei limiti massimi residuali di medicinali veterinari, di antiparassitari e di contaminanti ambientali.

La percentuale di campioni irregolari riscontrata nel triennio 2011-2013 è sostanzialmente costante nell'ambito del PNR mantenendosi sempre a livelli inferiori allo 0,4% (0,2% nel 2013).

Farmacosorveglianza

Il piano regionale di farmacosorveglianza è mirato alla verifica della corretta gestione del medicinale veterinario a partire da produzione, commercializzazione, e somministrazione all'animale sino al controllo dell'eventuale presenza di residui nei prodotti di origine animale.

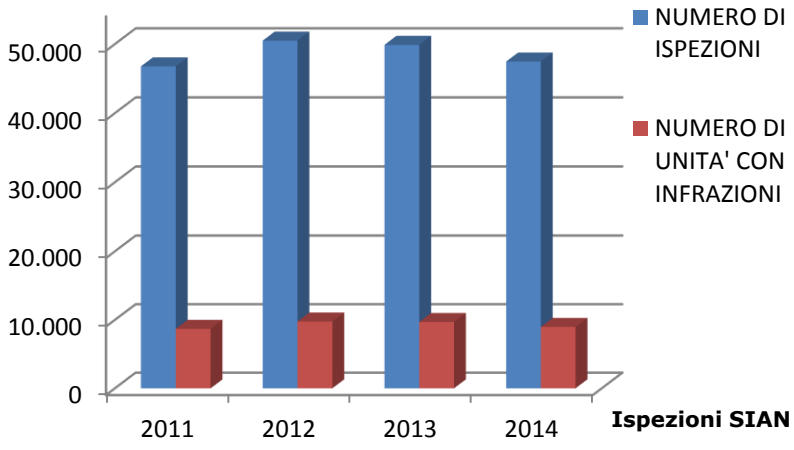
Sia il numero dei controlli, sia i piani di campionamento e l'aumento di responsabilità degli allevatori, testimoniano in generale la corretta gestione del farmaco-veterinario in azienda.

3. *Attività di controllo ufficiale – alimenti di origine vegetale e materiali destinati al contatto con gli alimenti*[15]

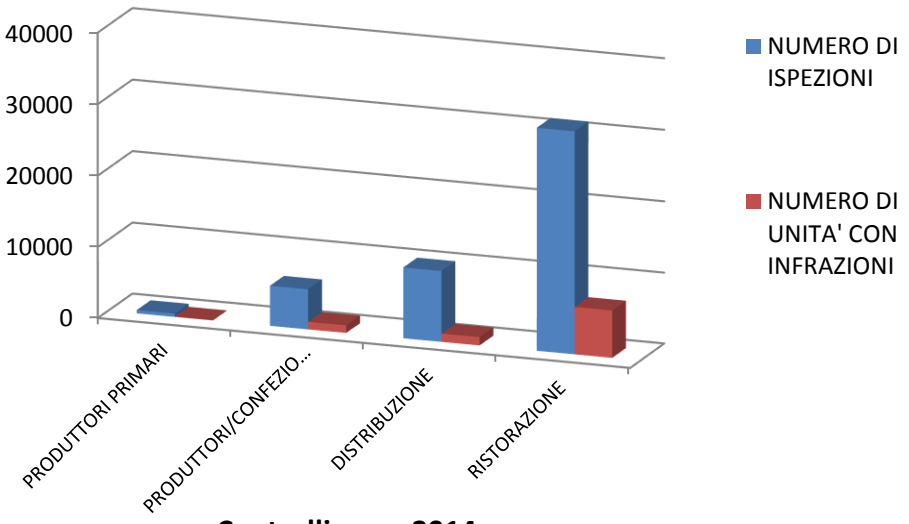
I controlli ufficiali eseguiti dalle UOC Igiene Alimenti e Nutrizione (UOC IAN) sulle imprese che producono alimenti di origine non animale sono organizzati conformemente ai criteri stabiliti dalla normativa vigente, in particolare sono basati sull'analisi di contesto e la conseguente categorizzazione del rischio.

Tutti i dati relativi all'anagrafica delle imprese e ai controlli ufficiali svolti dai Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione sono raccolti nel database Impres@, il sistema informativo regionale della Prevenzione, che, benché in continua evoluzione e perfezionamento, costituisce ormai una solida base e riferimento ufficiale anche per i dati di attività del settore alimentare.

Nel seguente grafico sono riassunti i dati principali dei controlli alle imprese alimentari che trattano alimenti non di origine animale in Regione Lombardia nel quadriennio 2011- 2014 e il dettaglio dei controlli effettuati nell'anno 2014 suddivisi per le principali macro-categorie di imprese.



[15] Dato aggiornato 2014



Controlli anno 2014

Si evidenzia in generale che il numero totale di ispezioni effettuate annualmente è di 47.000-50.000, con una percentuale di sopralluoghi con esito negativo si attesta su circa il 20%, mentre nel dettaglio per macro-categoria si vede che il maggior numero di controlli viene effettuato nel settore della ristorazione, pubblica e collettiva, considerato a maggior rischio per la tutela del consumatore, con anche la maggior percentuale di non conformità (> 20%).
Per quanto riguarda l'attività analitica, vengono effettuati circa 3000 campioni di alimenti di origine vegetale ogni anno, per l'analisi microbiologica e chimica. In particolare, per quanto riguarda le analisi microbiologiche, vengono effettuati controlli ai sensi del Regolamento (CE) 2073/2005; mentre per le analisi chimiche si effettuano campagne per il controllo delle micotossine, degli additivi e dei metalli. Sono inoltre effettuate analisi di cessione sui più comuni materiali destinati al contatto con gli alimenti - MOCA. Vengono infine attuati i piani nazionali, di derivazione comunitaria, per il controllo degli OGM e dei residui di fitosanitari.

4. Sistema rapido di allerta (RASFF)[16]

Per notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi, è stato istituito il sistema rapido di allerta comunitario, sotto forma di rete, cui partecipano la Commissione Europea, l'EFSA (Autorità per la sicurezza alimentare) e gli Stati membri dell'Unione.
Il Punto di Contatto della Regione Lombardia gestisce il sistema di allerta per alimenti, sia di origine animale sia di origine non animale, e per i mangimi; assicura lo scambio rapido delle informazioni con le altre componenti della rete: i punti di contatto delle ATS lombarde, delle Regioni e del Ministero della Salute, quest'ultimo opera come punto di contatto nazionale ufficiale per la Commissione europea. Se un alimento o un mangime, presente sul mercato, non è conforme ai requisiti di sicurezza previsti dagli articoli 14 o 15 del Regolamento 178/2002, gli operatori del settore devono avviare immediatamente le procedure di ritiro.
Di seguito sono riportati i dati riguardanti le segnalazioni ricevute nel quadriennio 2011-2014 per prodotti presenti sul territorio regionale.

[16] Dato aggiornato a 2014

ANNO	2011	2012	2013	2014
Dipartimenti di prevenzione medici e veterinari delle ASL lombarde	80	84	65	77
Altre Regioni	175	191	148	130
Ministero della Salute (UVAC, USMAF, PIF, NAS)	19	14	23	37
UE	69	61	58	79
Operatori economici/Paesi Terzi	1	3		
TOTALE	**344**	**353**	**294**	**323**

Fonte: applicativo Allerta Alimenti, Regione Lombardia

Le circa 300 – 350 notifiche pervenute ogni anno sono state originate da ATS Lombarde, altre regioni, dal Ministero della Salute, dagli altri Stati membri dell'UE e in alcuni casi da Paesi Terzi/operatori economici.
Il numero più elevato di allerte, è dovuto alla "presenza di microrganismi patogeni"; le matrici maggiormente coinvolte sono state le carni e i prodotti della pesca. Il numero appare costante negli anni, anche se questo dato non deve creare inutili allarmismi, ma testimonia la funzionalità di un sistema in grado di identificare e togliere rapidamente dal commercio i prodotti potenzialmente pericolosi per la sicurezza alimentare.

Acque destinate al consumo umano[17]

La disponibilità di una sufficiente quantità di acqua potabile è riconosciuta dall'OMS tra i fattori primari per garantire lo stato di salute della popolazione. Il D.Lgs n. 31/2001 di attuazione della Direttiva 98/83/CE stabilisce che la verifica della qualità dell'acqua distribuita sia effettuata dai gestori, tramite controlli interni, e dalle ATS, tramite controlli esterni, che verificano anche l'appropriatezza dei controlli effettuati dai gestori.
In analogia a quanto previsto per il settore degli alimenti, anche per il settore delle acque destinate al consumo umano, i controlli devono fondarsi sui dati di contesto e di categorizzazione del rischio delle strutture presenti sul territorio, essere attuati su tutta la filiera ed essere effettuati utilizzando le diverse tecniche previste (ispezione, audit, campionamento).
Al fine della tutela della salute dei cittadini, il D.Lgs 31/2001 stabilisce che le analisi di conformità dell'acqua destinata al consumo umano siano effettuate su campioni eseguiti al punto di erogazione ovvero di consegna dalla rete pubblica; tuttavia la qualità dell'acqua erogata è evidentemente correlata a quella della risorsa idrica. È pertanto necessario che le azioni di prevenzione siano fondate sulla conoscenza della realtà territoriale in cui si collocano le fonti di approvvigionamento e della vigilanza sulle zone di tutela delle zone di rispetto per l'esclusione o il contenimento o il controllo di eventuali centri di pericolo. Altrettanto importante è la conoscenza degli impianti di trattamento adottati dal gestore, delle reti di distribuzione e la valutazione delle condizioni di rischio correlate alla loro struttura e condizioni di manutenzione.
L'attività di controllo delle ATS, come stabilito dal decreto citato, integra sinergicamente l'attività di autocontrollo dei gestori acquedottistici. Le verifiche analitiche sono programmate ed attuate individuando i punti più significativi e le frequenze di campionamento, come stabilito dal D.Lgs. 31/2001 e sulla base delle indicazioni fornite da Regione Lombardia nella Circolare 15/SAN/2004.
Il numero di campionamenti programmati annualmente, distinti secondo tipologia di analisi (microbiologiche e chimiche) e analisi di routine e di verifica sono basati anche sul contesto territoriale e produttivo, nonché sulle criticità rilevate in passato.
Nel 2014 sono stati effettuati dalle ASL circa 28.500 campioni di acque destinate al consumo umano, per i quali sono state effettuate le analisi dei parametri microbiologici e/o chimici previsti dalla normativa, con una percentuale di conformità superiore al 95%.

[17] Dato aggiornato

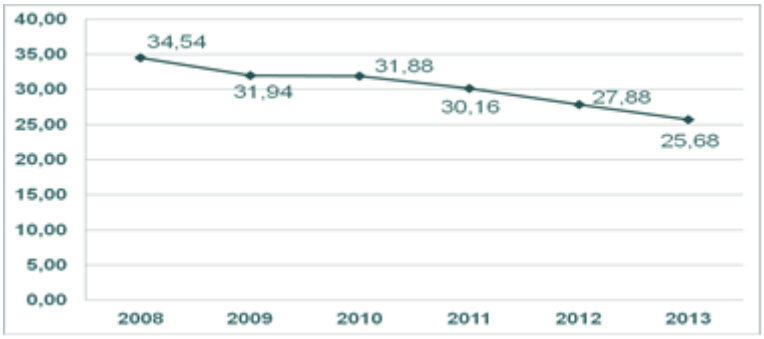
Pianificazione degli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro

Regione Lombardia con il Piano 2014-2018 ha sviluppato strategie di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (SSL) a partire dai risultati conseguiti in attuazione degli interventi promossi dal precedente Piano e fa propria una cultura fondata sul confronto tra le Istituzioni con competenza in materia, con le parti datoriali e sindacali, sia in ambito aziendale che territoriale. Un Sistema Lombardia che, grazie al governo della prevenzione e della protezione SSL dei lavoratori, è in grado di stimolare la competitività imprenditoriale e suscitare l'attrattività internazionale.

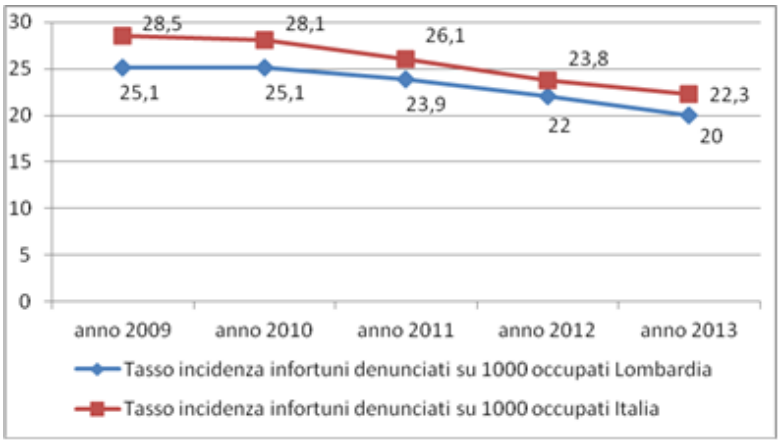
Per contrastare gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, agli strumenti ordinari di vigilanza e ispezione devono essere affiancati altri dispositivi quali il dialogo sociale per avviare iniziative di Responsabilità Sociale d'Impresa (RSI) ed in generale percorsi di autocontrollo attinenti ai Sistemi di Gestione della Sicurezza e Salute (SGSSL); di incentivazione economica; di promozione di *buone prassi* art. 2 DLgs 81/08 per un'efficace riduzione dei rischi, per valutazione e gestione dei rischi; di promozione della salute (*Working Health Promotion*); di sensibilizzazione e diffusione della cultura della SSL.

Indicatori di risultato assunti da Regione Lombardia per l'area degli infortuni sul lavoro, nel triennio 2011-2013, sono stati la riduzione del 15% del tasso complessivo d'incidenza degli infortuni sul lavoro denunciati (base dati: INAIL 2009); la riduzione del 10% del numero assoluto degli infortuni mortali.

Di seguito l'andamento dei tassi di incidenza infortunistica effettuato tenendo conto del ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni (CIG), in termini sia di ore autorizzate che di ore effettivamente utilizzate dalle imprese.

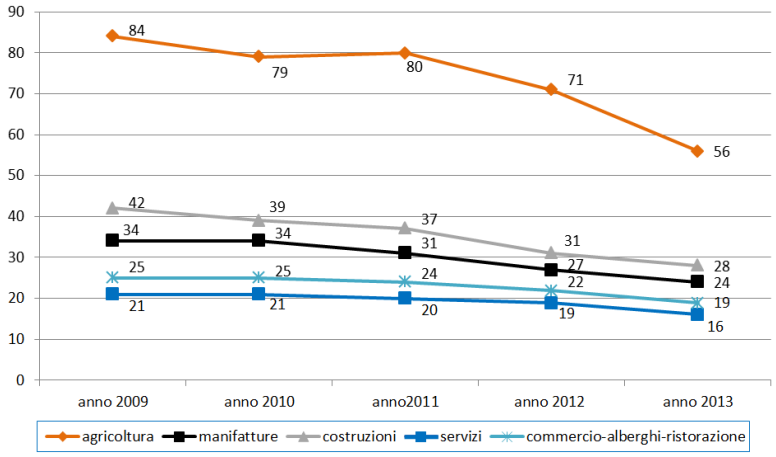


- Fonti: INAIL Infortuni (tutte le gestioni);–ISTAT Occupati al netto CIG



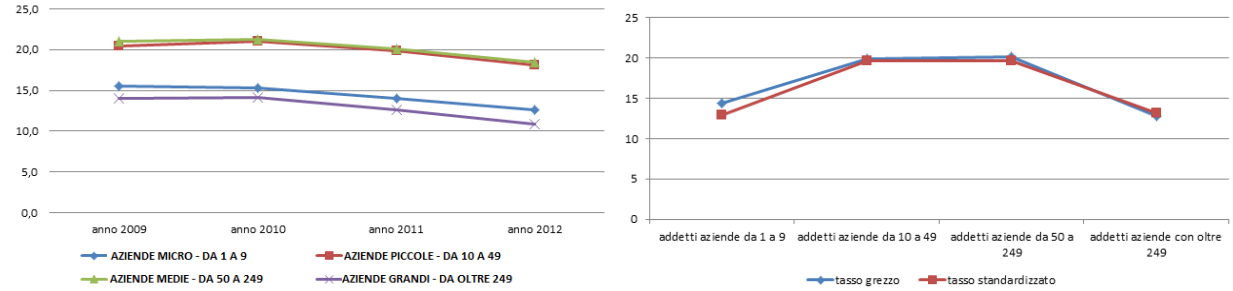
Fonti: INAIL – Infortuni (industria e servizi in occasione di lavoro in ambiente ordinario);
ISTAT - Occupati al netto CIG

Il confronto tra gli andamenti per comparto (Fonte: INAIL) evidenzia un trend di decremento significativo in agricoltura.



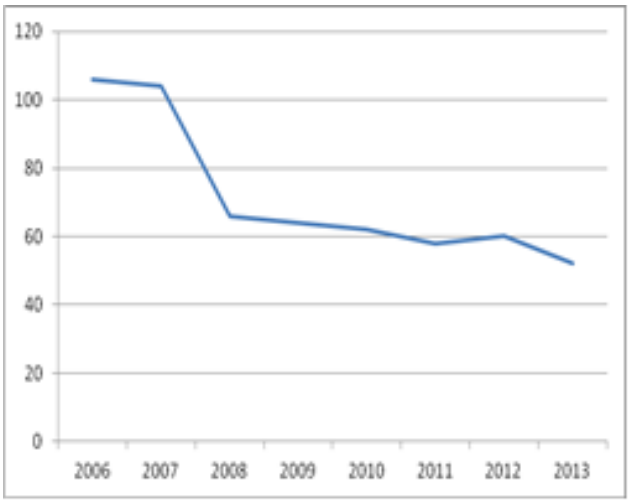
Fonti: INAIL – Infortuni (tutte le gestioni)

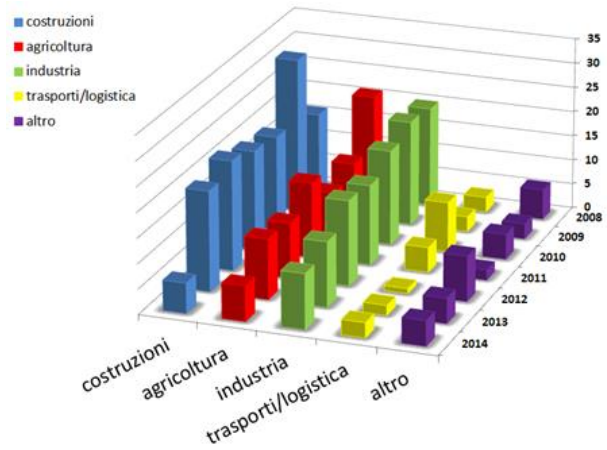
Il calcolo dei tassi di incidenza per classe di addetti, così come definite dal D.M. 18 Aprile 2005, a standardizzazione effettuata, conferma del valori più elevati per le piccole e le medie imprese.



Fonti: INAIL – Infortuni (tutte le gestioni); ISTAT - Occupati al netto CIG

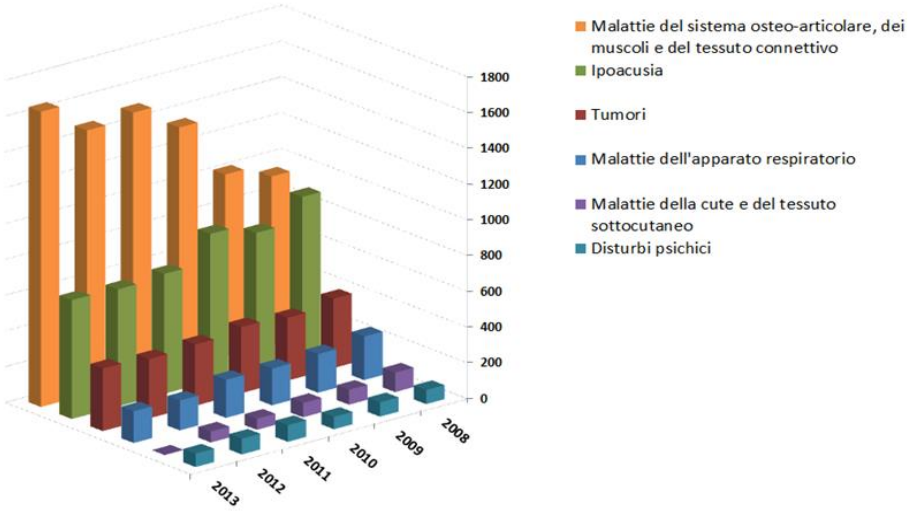
I decessi causati da infortunio sul lavoro nel 2014 sono stati 46, nel 2013 sono stati 52, mentre nel 2012 sono stati 58. Nel triennio si registra una lieve flessione, in linea con il trend registrato negli anni precedenti. Il comparto più interessato resta quello delle costruzioni.





Fonti: Registro regionale degli infortuni mortali (al netto degli stradali ed itinere)

A contrasto del fenomeno tecnopatico, sono stati assunti l'obiettivo di mantenimento del trend di emersione delle malattie professionali e di perfezionamento degli strumenti di indagine oltre che l'implementazione della rete di monitoraggio del fenomeno. Nel 2011, rispetto al 2007, Regione Lombardia ha registrato un incremento del 18% delle malattie professionali denunciate (Italia: + 60%) (Fonte: Attività delle Regioni e delle Province Autonome per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Anno 2011. Conferenza delle Regioni. 13/030/CR7c/C7).
Le patologie denunciate più importanti sono quelle del sistema osteo-articolare, dei muscoli e del tessuto connettivo (andamenti disaggregati per anno nel grafico seguente).



Fonti: Flussi Informativi INAIL Regioni (anno 2008); INAIL (anni 2009-2013)

Nel 2013, rispetto al 2009, Regione Lombardia ha registrato un incremento del 13% delle malattie professionali denunciate (Italia: + 47%) .

	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**Var % 2013/2009**
Lombardia	2.867	3.219	3.153	3.052	3.240	13
ITALIA	**34.962**	**42.557**	**46.837**	**46.161**	**51.334**	**47**

Fonte: Banca dati statistica INAIL

Sintetizzando, si evidenzia che:

- i tassi annui di infortunio sul lavoro si attestano intorno ai 20 infortuni ogni 1000 occupati;
- mediamente i tassi annui di infortunio sul lavoro su scala nazionale eccedono di 2 infortuni ogni mille occupati i tassi lombardi;
- è consolidato il decremento percentuale dei tassi di infortunio per gli anni 2010, 2011, 2012, 2013 sul 2009, tenendo conto del reale numero di lavoratori occupati, al netto del ricorso alla cassa integrazione guadagni da parte delle imprese lombarde;
- il 2013 è l'anno in cui il contenimento degli eventi infortunistici appare consolidarsi, come pure l'emersione delle malattie professionali finalizzate al loro riconoscimento e ad indirizzare l'attività di prevenzione.

EQUITÀ NELLA PREVENZIONE - CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE

L'approccio alle disuguaglianze nel piano regionale prevenzione lombardo prevede una attenta analisi di contesto ovvero delle condizioni epidemiologiche e dei servizi offerti.

L'analisi di contesto è stata effettuata partendo dai dati del Progetto CCM 2012[18] "*Equità nella Prevenzione e per la Salute in tutte le Politiche"* integrati con altri dati locali. Le azioni individuate hanno identificato le aree dove il settore sanitario, nell'ambito delle proprie competenze, può agire per diminuire le disuguaglianze. Ovvero è stata valutata l'opportunità di azioni per diminuire gli effetti della stratificazione sociale (ad esempio aumentando l'accessibilità ai servizi), dell'esposizione a fattori di rischio (ad esempio adeguando gli ambienti di vita e lavoro a condizioni più favorevoli) o per diminuire gli effetti della vulnerabilità dovuta alle disuguaglianze (ad esempio attraverso un aumento delle competenze sulla salute).
In Tabella sono descritte le prevalenze e il potenziale impatto sulla popolazione di alcuni fattori di rischio. L'inattività fisica negli anziani mostra un maggior livello di diseguaglianza (impatto sulla popolazione specifica), seguono altri indicatori legati a comportamenti non salutari (inattività fisica, non consumo di frutta e verdura, consumo di grassi) e indicatori proxy dell'obesità (BMI, colesterolemia).

Fattori di rischio	Prevalenza M	Prevalenza F	Impatto pop spec	Impatto su tutta popolazione M+F
Inattività fisica negli anziani	58.4%	72.4%	10.3%	2.5%
Inattività fisica	56.1%	63.7%	8.7%	8.7%
Grassi	17.9%	15.9%	7.2%	7.2%
BMI>25	52.4%	32.8%	7.2%	7.2%
Ipercolesterolemia	35.6%	38.9%	5.1%	4.8%
No frutta e verdura	40.5%	34.8%	5.1%	5.1%
Non abitudine allo screening ca cervice		24.5%	4.5%	1.5%
Non abitudine allo screening ca mammella		33.5%	4.4%	0.7%
Ipertensione	20.2%	22.2%	4.0%	4.0%
Fumo	29.5%	18.3%	4.0%	4.0%
Non allattamento al seno		31.9%	3.5%	0.2%
Forti fumatori	14.2%	5.5%	3.5%	3.5%
BMI>30	10.9%	9.4%	2.7%	2.7%
Diabete	7.0%	6.2%	2.3%	2.3%
Carni	47.2%	52.2%	2.2%	2.2%
No vaccinazione antinfluenzale	16.9%	18.4%	1.3%	1.3%

Fonte - Indagine Multiscopo Istat Salute 2013

L'approccio alle disuguaglianze emerse dall'analisi di cui sopra è declinato nel PRP lombardo, con gradi diversi di approfondimento.

Il Programma "Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro" (al quale afferiscono il programma "Aziende che Promuovono Salute - Rete WHP Lombardia" e le Reti di Conciliazione Locali) prevede, per acquisire risultati efficaci in coerenza con i modelli teorici[19] e le politiche di riferimento[20], di orientare in senso salutare gli ambienti di lavoro cambiando i contesti

[18] È stata realizzata una analisi dei principali determinanti di salute con una metodologia che permette di definire le differenze della prevalenza di alcuni fattori di rischio in relazione al titolo di studio, e quindi è stato calcolato il livello di "guadagno potenziale teorico" nell'ipotesi di rendere per tutta la popolazione una prevalenza pari a quella della sola componente più istruita (ovvero con laurea). Si presenta una selezione dei dati inerente l'area della tutela della persona
[19] Ovvero l'analisi dei fattori predisponenti, rinforzanti ed abilitanti i comportamenti di salute
[20] WHO European Office. Health 2020 : a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. 2012 p. 10–3.

organizzativi, migliorando l'ambiente sociale, e rafforzando le competenze individuali. L'azione del programma WHP è orientata a dare a tutti i lavoratori le stesse opportunità di salute attraverso il cambiamento del luogo di lavoro: l'azienda ed i lavoratori diventano responsabili dell'attivazione (*empowerment*) di processi di salute. Il programma prevede una flessibilità di attivazione per garantire la massima adesione al setting locale di applicazione, in tal senso sono prese in considerazione le disuguaglianze di salute che sappiamo essere presenti nel modo lavorativo (*blu collars/white collars*; livello di istruzione).
Il livello di istruzione è di per se uno dei fattori che permettono di misurare le disuguaglianze[21], proprio per questo la scuola è uno dei principali alleati nel settore sanitario nel superare il livello di disuguaglianze.
Il Programma "Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia" è orientato a rafforzare questo aspetto per garantire una piena sinergia tra attività di salute e di apprendimento. Il modello teorico è la Carta di Vilnius che cita esplicitamente l'Equità nei suoi valori fondanti[22]. La realizzazione della rete è lo strumento che è stato ritenuto più efficace, in linea con il modello europeo riconosciuto da OMS[23], per impostare un programma sostenibile e che sia vettore di buone pratiche. Il carattere universalistico della scuola permette alla Rete Lombarda il raggiungimento delle realtà locali più svantaggiate. Lo sviluppo del Programma 2 da parte delle ATS su scala locale dovrà essere in grado di dare priorità alle aree di maggiore criticità facilitando l'arruolamento nella rete laddove l'analisi del contesto evidenzia maggiori fattori di rischio per la salute.
I Programmi "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita" e "Promozione di stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità", "Prevenzione della cronicità" pur sviluppando misure in essere a livello regionale dedicate a target specifici (genitori separati, migranti, anziani, altri contesti di fragilità) delineano azioni per orientare in termini di *equity* audit la capacità di programmazione nel suo insieme quale misura di sistema per contrastare le disuguaglianze di salute.
Dall'analisi di contesto sono emerse inoltre aree alle quali il Piano dedica una riflessione maggiormente approfondita, la prima è riferita allo screening della cervice uterina (declinata operativamente nel Programma "Screening oncologici") mentre la seconda area è riferita alla attività fisica negli anziani (declinata trasversalmente in più Programmi).

Screening della cervice uterina

Il PRP 2014-2018 prevede la messa a sistema del test del HPV-DNA come test primario di screening; attualmente l'attività di screening organizzato è presente in 5 ASL mentre in 10 ASL sono state attivate azioni sulla popolazione fragile con modalità eterogenea per ogni azienda (dal 2014 è prevista in tutte le ATS almeno la chiamata attiva delle donne nella fascia di età 25-29 anni). Anche in relazione ai dati emersi in tabella 1 in merito all'abitudine alla prevenzione del tumore della cervice uterina, la revisione dell'organizzazione rappresenta una importante opportunità di rilettura dell'offerta anche in termini di contrasto alle disuguaglianze.

Copertura del pap test per area vasta lombarda									
Tumore al collo dell'utero (donne 25-64enni)	**Milano città**	**MI 1 MI2 MB**	**VA CO**	**LC SO**	**BG**	**BS**	**PV LO**	**MN CR**	**Lombardia**
Che hanno fatto il Pap-test negli ultimi 3 anni	72,1	77,3	78,0	76,6	78,3	87,8	77,0	81,7	**78,5**
Che non hanno mai fatto il Pap-test	16,6	11,1	13,8	16,1	9,5	8,9	13,6	11,9	**12,2**

Fonte Regione Lombardia - Éupolis Survey 2013

[21] Dominic Richardson. Comparing Policies and Public spending for children across OECD countries. The 4th European conference on health Promoting Schools. Odensee Ottobre 2013.
[22] School Health Europe Networks. Better school through health – The third European Conference on Health promoting Schools – Vilnius Resolution
[23] School for Health Network (SHE Network)

I dati dell'Indagine Multiscopo Istat Salute 2013 permettono di descrivere più approfonditamente il fenomeno della diseguaglianza: la percentuale di donne 25-64 anni che non hanno mai effettuato un pap test in relazione al titolo di studio è del 13% per le laureate, 12% per le diplomate, 14% per le donne con licenza media, 18% per le donne con licenza elementare e 50% per le donne senza titolo di studio. Analogamente non ha mai eseguito un pap test il 18% delle donne che giudicano scarso/insufficiente la condizione economica della propria famiglia versus il 12% di quelle che lo giudicano ottimale/adeguato. In tabella è descritta l'abitudine al pap test in relazione allo stato di salute percepito e alla condizione economica.

Tumore al collo dell'utero (donne 25-64enni)	buono stato di salute e buone risorse economiche	cattiva condizioni di salute e buone risorse economiche	buono stato di salute e scarse risorse economiche	cattivo stato di salute e scarse risorse economiche
% donne che non hanno mai eseguito un pap test	11,6%	9,2%	18,5%	10,7%

Fonte: Indagine Multiscopo Istat Salute 2013

Utile nella descrizione delle disuguaglianza analizzare la copertura appropriata per lo screening della cervice uterina insieme a quello per lo screening mammografico per le donne in fascia d'età 50-64 anni (vedi tabella seguente): il 7,3% non ha eseguito alcuna prestazione nei tempi raccomandati, ma il 16,6% ha eseguito la sola mammografia.

Distribuzione % delle donne 50-64enni in base all'aver fatto una mammografia negli ultimi 2 anni e/o un Pap-test negli ultimi 3. Lombardia, anno 2013.					
	Entrambe	Solo mammografia	Solo Pap-test	Nessuna	Totale
Lombardia	71,4	16,6	4,7	7,3	100,0

Fonte Regione Lombardia - Éupolis Survey 2013

A fronte di tale quadro il Programma "Screening oncologici" individua una serie di azioni che concorrono specificatamente al contrasto delle disuguaglianze in relazione allo screening della cervice uterina, tra queste si evidenziano:

1. azioni per aumentare l'accessibilità:
   - razionalizzazione dell'offerta di prevenzione del tumore della cervice uterina permetterà di ampliare l'offerta a tutto il territorio lombardo
   - maggior livello di integrazione con la medicina di base per l'identificazione e la sensibilizzazione delle pazienti[24] [25]
   - incremento di opportunità di adesione allo screening attraverso il raccordo con setting di Comunità ("Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro", "Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia")
   - utilizzo dei flussi informativi: ad esempio, il flusso integrato delle prestazioni delle mammografie e delle prestazioni di pap test permette di identificare, con basso scarto di errore, le donne 50-64 che non fanno neanche una prestazione di prevenzione per i tumori di cervice e mammella;
2. azioni per diminuire l'esposizione:
   - presenza di politiche vaccinali nei confronti di HPV, con obiettivo di alto tasso di adesione (12enni) e offerta del vaccino in modalità di compartecipazione (prezzo sociale) per le altre classi d'età (vedi Programma 8 "Prevenzione e sorveglianza malattie infettive")

[24] In coerenza e in continuità con quanto riportato nella DGR 2989 del 23/12/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015"
[25] Paolo A, Rossi G, Camilloni L, Cogo C, Federici A, Ferroni E, et al. Metodi per aumentare la partecipazione ai programmi di screening oncologici. Epidemiol Prev. 2012;36(1).

3. azioni per diminuire la vulnerabilità:
   - attivazione per pazienti fragili (es. pazienti straniere, malati di HIV) di modalità di erogazione e di follow up adatte alle caratteristiche epidemiologiche della diffusione del HPV e delle caratteristiche immunoprotettive dell'individuo.

Attività fisica negli anziani

L'inattività fisica negli anziani rappresenta il fattore di rischio per il quale un contrasto alla diseguaglianza può offrire il maggiore guadagno di salute, come emerge dai dati in Tabella. Il livello di istruzione spiega in maniera importante il fenomeno dell'inattività fisica in questo target: non è attivo il 31% dei laureati, il 41% dei diplomati, il 48% delle persone con licenza media, il 57% delle persone con licenza elementare e il 70% di quelle senza titolo di studio. Di seguito è descritto il livello di attività in relazione alla classe di età ed al sesso.

Attivi / non attivi		**età in classi quinquennali**		
		70-74	**75-79**	**80-84**
Maschio	Non attivi	30%	44%	45%
	Attivi	70%	56%	55%
Femmina	Non attive	47%	56%	64%
	Attive	53%	44%	36%
Totale	Non attivi	39%	51%	58%
	Si	61%	49%	42%

Fonte Indagine Multiscopo Istat Salute 2013

Analogamente di seguito è descritto il livello di attività in merito alle condizioni economiche ed allo stato di salute auto-percepito.

attivi / non attivi	**Salute più condizioni economiche**			
	buono stato di salute e buone risorse economiche	cattiva condizioni di salute e buone risorse economiche	buono stato di salute e scarse risorse economiche	cattivo stato di salute e scarse risorse economiche
Non attivi	45,2%	72,2%	53,9%	77,0%
Attivi	54,8%	27,8%	46,1%	23,0%

Fonte Indagine Multiscopo Istat Salute 2013

L'inattività fisica è anche correlata allo stato di salute (indice di cronicità), allo stato mentale, allo stato fisico ed in particolare alla condizione di obesità. Non sembrano esserci differenze in relazione ad aver effettuato almeno una visita medica generica negli ultimi 12 mesi, viceversa la visita geriatrica è associata ad un maggiore livello di inattività e analogamente le altre visite specialistiche.

In Tabella è descritta l'attività fisica in relazione alla tipologia del Comune di residenza: si evidenzia come le zone periferiche delle città (B e C) siano le più svantaggiose, mentre i comuni più lontani dalle città siano contesti più favorevoli alla attività fisica.

Attivi / non attivi	**Classe_comuni[26]**					Totale
	A - Polo	B - Polo intercomunale	C - Cintura	D - Intermedio	E - Periferico	
Non attivi	52,4%	65,6%	52,5%	49,0%	42,2%	52,4%
Attivi	47,6%	34,4%	47,5%	51,0%	57,8%	47,6%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte Indagine Multiscopo Istat Salute 2013

[26] La metodologia di classificazione dei comuni Istat si sostanzia in due fasi principali: 1) Individuazione dei poli, secondo un criterio di capacità di offerta di alcuni servizi essenziali; 2) Classificazione dei restanti comuni in 4 fasce: aree peri-urbane; aree intermedie; aree periferiche e aree ultra periferiche, in base alle distanze dai poli misurate in tempi di percorrenza. La mappatura finale risulta quindi principalmente influenzata da due fattori: i criteri con cui selezionare i centri di offerta di servizi e la scelta delle soglie di distanza per misurare il grado di perifericità delle diverse aree. A tale proposito, la classificazione dei comuni è stata ottenuta sulla base di un indicatore di accessibilità calcolato in termini di minuti di percorrenza rispetto al polo più prossimo. Le fasce che si ottengono sono calcolate usando i terzili della distribuzione dell'indice di distanza in minuti dal polo prossimo, pari circa a 20 e 40 minuti. È stata poi inserita una terza fascia, oltre 75 minuti, pari al 95-esimo percentile, per individuare i territori ultra periferici.

Le opportunità per agire sull'inattività fisica sono legate in particolare all'attivazione di azioni intersettoriali con i diversi attori della società (dalle associazioni alle istituzioni), in questo senso i Programmi regionali (in particolare i Programmi "Promozione di stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità" e "Prevenzione della cronicità") individuano, tra l'altro:

1. azioni per aumentare l'accessibilità:
   - attivazione di percorsi intersettoriali per il miglioramento del contesto urbano che coinvolgono le istituzioni al fine di sviluppare ambienti urbani favorevoli all'attività fisica (es marciapiedi, aree verdi, piste ciclabili, ecc.)
   - aumento degli accordi intersettoriali con Enti no profit (Associazioni di promozione sociale-sportiva, Associazioni specificatamente orientate al target, ecc.)
2. azioni per diminuire l'esposizione:
   - implementazione di offerta di "Gruppi di Cammino" (i Gruppi di Cammino garantiscono la possibilità di aumentare il livello di attività fisica fino a quanto consigliato dall'OMS, inoltre il coinvolgimento attivo di Enti no profit, che animano l'organizzazione e la gestione anche attraverso l'allestimento di Reti Locali, sostiene contestualmente fattori di protezione individuale di carattere psico-sociale nel target)
3. azioni per diminuire la vulnerabilità:
   - sviluppo delle attività nell'area delle Cure Primarie (secondo il modello dell'*Expanded Chronic Care Model*, rappresentato in figura) al fine di sostenere una relazione di cura tra il medico e la persona/paziente, orientata al successo di prevenzione e cura delle condizioni croniche in un'ottica di *empowerment* (aumentando il livello di conoscenza e competenza - *health literacy* - sulla importanza dell'attività fisica)
   - integrazione tra programmi di comunità e azioni intraprese da ambiti di cura (Ospedali, MMG) per potenziare l'offerta diretta di opportunità (ad esempio Gruppi di Cammino attivati da ospedali o associazioni di MMG) e/o il raccordo con Enti no profit per incrementare l'ingaggio individuale verso iniziative del territorio
   - potenziamento delle attività di *counseling*/orientamento da parte dei MMG nei confronti del target in relazione a stili di vita utili a ridurre il carico di patologia e relativo "invio" a opportunità di stile di vita attivo (Gruppi di cammino e/o altre attività coerenti alle specificità individuali, anche dal punto di vista territoriale e culturale).

Ulteriore elemento a supporto delle misure di contrasto alle disuguaglianze nel Piano Regionale di Prevenzione lombardo 2014-2018, con particolare riferimento ai Programmi operativi 1, 2, 4 e 6 è dato dalla partecipazione di Regione Lombardia al Progetto CCM 2014 "*Equity* audit nei Piani Regionali di Prevenzione in Italia" (capofila Regione Piemonte, altre Regioni *partners* Emilia Romagna, Veneto, Toscana e Puglia).

L'*equity audit* è una locuzione introdotta nel Regno Unito per definire un'attività di scrutinio del funzionamento di un'iniziativa, soprattutto nel campo dell'organizzazione e del percorso dell'offerta, al fine di riconoscervi meccanismi di generazione di disuguaglianze di processo e risultato che possono essere monitorati e corretti in caso di malfunzionamento selettivo[27][27].

Il Progetto CCM, che ha l'obiettivo generale di *"Accompagnare la stesura dei PRP affinché realizzino progetti di prevenzione attenti all'equità per gli obiettivi del PNP più sensibili alle disuguaglianze di salute.",* afferma, sulla base delle evidenze disponibili, che un investimento di *equity audit* sui programmi dei PRP possa avere un impatto significativo in termini di riduzione delle disuguaglianze di salute, ricalibrando verso l'equità di processo e risultato le politiche e gli interventi che sono mirati a quei fattori di rischio: da quelli di regolazione dell'offerta (prezzo delle sigarette o dell'alcool ad esempio), a quelli sui contesti che possono distribuire in modo più o meno equo i fattori del contesto che promuovono salute (offerta di piste ciclabili o lontananza

[27] Hamer L, Jacobson B, Flowers J and Johnstone F. Health equity audit made simple: a briefing for primary care trusts and local strategic partnerships. Working document. London: Health Development Agency and Public Health Observatories, 2003

da distributori di alimenti insalubri), fino a quelli che offrono interventi diretti di prevenzione in modo più o meno sensibile alla vulnerabilità sociale (linee-guida professionali ed organizzative e nuove tecnologie).

Lavoro e disuguaglianze

Le condizioni occupazionali contribuiscono a generare disuguaglianze di salute nei cittadini, ed è proprio nel tentativo di ridurle che gli interventi di prevenzione programmati sono indirizzati prioritariamente verso le situazioni a maggior rischio.

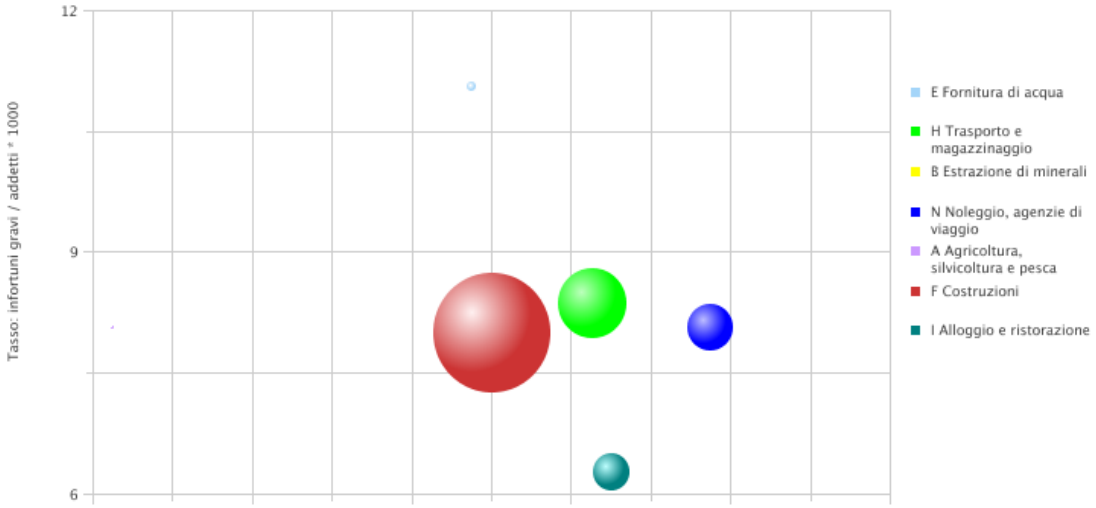
I lavoratori con mansioni poco qualificate e che svolgono essenzialmente compiti di tipo manuale sono i più esposti a rischi professionali e di conseguenza hanno una maggiore probabilità di subire danni alla salute. Questo svantaggio è ancora più evidente in alcuni settori quali l'edilizia, l'agricoltura, i trasporti e altri comparti del settore manifatturiero.

La programmazione degli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro, a livello regionale e a livello locale, si basa sull'individuazione dei settori e delle situazioni a maggior rischio per i lavoratori (graduazione del rischio) basandosi essenzialmente sulla probabilità che i lavoratori hanno di subire danni alla salute da esposizione professionale.

Considerando esclusivamente il fenomeno infortunistico, l'individuazione delle priorità di intervento considera due esigenze concomitanti: da una parte la *frequenza degli infortuni* ovvero il rischio individuale (per il singolo lavoratore della ditta) di subire un infortunio, dall'altra *la gravità degli infortuni* ovvero il carico complessivo di danni che quella ditta produce tra i suoi lavoratori.

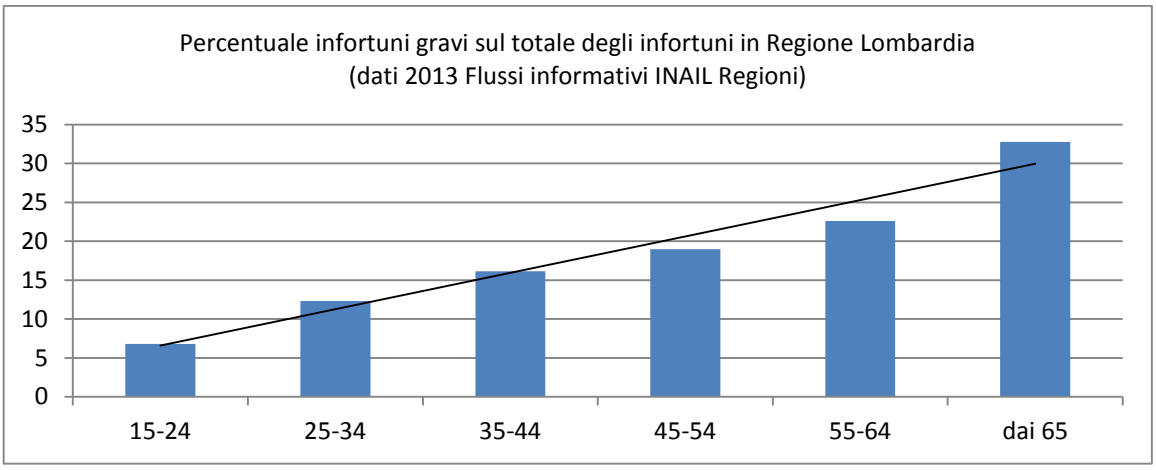
La situazione lombarda al 2012 sintetizzata nel grafico seguente, che considera solo alcuni dei settori più significativi, evidenzia la disuguaglianza dei lavoratori di fronte alla probabilità di subire danni da infortunio, per settore di appartenenza.

Probabilità danni da infortunio per settori significativi (anno 2012)



A parità di livello di rischio esistono categorie di lavoratori particolarmente suscettibili a subire danni per esposizioni a rischi lavorativi.

Considerando gli infortuni sul lavoro per classi di età, si osserva che la quota di infortuni gravi sul totale degli infortuni aumenta con l'aumentare dell'età.



La differente sensibilità ai rischi professionali legata al *genere* viene bene evidenziata dalle informazioni raccolte dal sistema di sorveglianza delle malattie lavoro-correlate Ma.P.I., che raccoglie tutte le segnalazioni di malattie legate al lavoro conosciute dalle ATS. Le patologie da lavoro segnalate alle ASL lombarde nel 2014 sono state 2.989, relative a 2381 lavoratori e 608 lavoratrici. Limitando l'attenzione ai fattori di rischio ergonomico e a quelli legati allo stress lavoro-correlato, è evidente la differente suscettibilità legata al genere.

Sensibilità ai rischi professionali per genere (anno 2014)

Genere	Totale delle patologie	Patologie dovute a fattori di rischio			
		ergonomico		da stress lavoro correlato	
		v.a.	% sul totale delle patologie	v.a.	% sul totale delle patologie
lavoratori	2381	833	35%	33	1,4%
lavoratrici	608	377	62%	95	5,6%

Il Paese di provenienza influisce in maniera evidente sulla possibilità dei lavoratori di accedere ai servizi necessari a garantire il loro diritto alla salute e alla sicurezza. Emblematico è l'esempio dei lavoratori stranieri impiegati nelle attività di rimozione di manufatti contenenti amianto, che al termine dei lavori con il ritorno ai Paesi di origine hanno minori possibilità di essere seguiti nel tempo soprattutto in termini di sorveglianza sanitaria, con riduzione delle loro tutele.
Il tema delle disuguaglianze è trattato puntualmente nel decreto legislativo 81 del 2008 che detta alcuni principi per il loro contrasto. La finalità del decreto è quella di perseguire l'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori, indipendentemente dal tipo di contratto, garantendo a tutti gli stessi diritti in termini di salute e sicurezza. Per questo motivo il datore di lavoro deve valutare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, compresi quelli collegati allo stress lavoro correlato, e quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale cui viene resa la prestazione di lavoro.
Il dibattito nazionale e internazionale ha reso evidente che, per conseguire miglioramenti tangibili delle condizioni di lavoro, nonché per contrastare gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, agli strumenti ordinari di vigilanza e ispezione vanno affiancati altri dispositivi quali:

- il dialogo sociale per avviare iniziative di Responsabilità Sociale di Impresa (RSI) e di incentivazione economica;
- la promozione di buone prassi per la corretta valutazione e gestione dei rischi, e per la promozione della salute (*Working Health Promotion - WHP*);
- le iniziative di sensibilizzazione per la diffusione della cultura della sicurezza sul lavoro;

- la valorizzazione della differenza di genere.

Detti strumenti richiedono una specifica modulazione quando rivolti alle piccole e micro imprese che costituiscono la gran parte del tessuto produttivo lombardo, nei confronti delle quali le linee strategiche devono essere specificatamente strutturate affinché la loro applicazione si traduca in un reale sostegno all'attività.
In questa logica, gli strumenti sopra elencati ed in generale gli interventi di promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, poiché devono essere fruiti da tutte le imprese lombarde - pubbliche e private – devono essere adattati, nel rispetto del criterio di graduazione del rischio, alle loro specifiche caratteristiche quali, complessità organizzativa, generale livello di adempimento della normativa in materia di sicurezza sul lavoro, disponibilità di mezzi, di capacità e di risorse.
Da qui la scelta di una strategia regionale per il quinquennio 2014-2018 che punti su un approccio olistico per assicurare che i rischi vengano efficacemente identificati, valutati e ordinati per priorità: in questo modo, la strategia di tutela del lavoratore non crea discrimini e può definirsi equa.

Ambienti di vita
Il contesto abitativo e di vita si evidenziano quali fattori di disuguaglianza sociale, rendendo necessario proseguire in un'azione di ripensamento della gestione del territorio anche in ottica di riduzione delle disuguaglianze sociali sulla salute. Occorre, infatti, poter intervenire con azioni e politiche, sanitarie ma non solo, capaci di interrompere i vari meccanismi che le innescano, quali ad esempio l'individuazione di aree maggiormente idonee alla realizzazione di determinate opere per evitare un interessamento esclusivo di aree remote o maggiormente degradate che sono usualmente scelte senza tenere conto dello stato sociale e socio-economico di determinati territori e che, di fatto, già incidono significativamente sullo stato di benessere psico-fisico della popolazione.
Gli interventi da condurre in tale ottica dovranno pertanto portare alla riduzione dei rischi ambientali che conseguentemente andranno a beneficio soprattutto delle popolazioni svantaggiate residenti in contesti degradati, vicino ad impianti produttivi, discariche, inceneritori, autostrade ecc.. a cui occorrerà porre una particolare attenzione anche in termini di intervento preventivo globale (assistenza, informazione, promozione alla salute, accesso ai servizi sanitari…).
A titolo di esempio si cita la programmazione in tema di gestione rifiuti, che in Regione Lombardia pone attenzione al problema della lotta alle disuguaglianze. Dimostrazione ne è lo spazio riservato, all'interno del Piano di Gestione Rifiuti Regionale aggiornato con DGR n. 1990/2014, alla tutela della salute pubblica, della sicurezza e della salute della popolazione, volto a garantire in particolare la prevenzione da eventuali molestie olfattive correlate ad alcune tipologie di rifiuti ed operazioni di trattamento. Nello specifico sono state redatte delle norme tecniche di attuazione con le quali sono state stabilite distanze minime piuttosto che criteri (favorevoli/escludenti/penalizzanti) da rispettare nella localizzazione di nuovi impianti di trattamento di rifiuti e per la modifica degli impianti esistenti, relativamente a:

- ambiti residenziali: ambiti destinati alla residenza o prevalentemente residenziali, individuati all'interno del tessuto urbano consolidato come definito nel P.R.G./P.G.T. ovvero individuati come Ambiti di trasformazione a destinazione prevalente residenziale;
- funzioni sensibili: micronidi, asili nido, centri prima infanzia, strutture scolastiche, strutture sanitarie e strutture di riabilitazione extra ospedaliera con degenza, Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA), Comunità alloggio Socio Sanitarie per disabili (CSS) e Residenze sanitario Assistenziali per disabili (RSD), già previste nel P.R.G./P.G.T. o da realizzarsi (in possesso di titolo abilitativo edilizio) alla data di presentazione dell'istanza per la realizzazione e la gestione dell'impianto;

- edifici destinati, anche in parte, a residenza collocati al di fuori dal tessuto urbano consolidato come definito nel P.R.G./PGT già previste nel P.R.G./P.G.T. o da realizzarsi (in possesso di titolo abilitativo edilizio) alla data di presentazione dell'istanza per la realizzazione e la gestione dell'impianto.

In particolare, all'interno di tali popolazioni, l'attenzione dovrà essere posta alle categorie di persone più sensibili agli effetti dannosi delle esposizioni ad inquinanti e contaminanti ambientali (bambini, anziani, soggetti affetti da specifiche patologie, donne in gravidanza), consci comunque del fatto che stabilire o pervenire all'individuazione di valori soglia, non risulta la sola misura preventiva necessaria ed in grado di escludere a priori l'impatto di determinate opere sulla salute, raggiungibile invece con programmi e piani mirati di intervento regionali e locali, che si pongano l'obiettivo di sostenere interventi favorenti la salute.

Programmi regionali

QUADRO LOGICO REGIONALE - trasversalità/integrazione degli interventi

Macro Obiettivi Centrali	Programmi Regionali												
	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	P.12	P.13
	Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro	Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia	Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita	Promozione stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità	Screening Oncologici	Prevenzione della cronicita'	Rete Regionale per la Prevenzione delle Dipendenze	Prevenzione, sorveglianza e controllo malattie infettive	Tutela della salute e sicurezza del lavoratore	Integrazione "Salute e Ambiente"	Piano dei Controlli sulle sostanze chimiche	Prevenzione e controllo rischio amianto	Sicurezza alimentare per la tutela del consumatore e sanità pubblica veterinaria
MOC 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili													
MOC 2 Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali													
MOC 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani													
MOC 4 Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti													
MOC 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti													
MOC 6 Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti													
MOC 7 Prevenire gli infortuni e le malattie professionali													
MOC 8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute													
MOC 9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie													
MOC 10 Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria													

P.1 PROGRAMMA: "RETI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO"

Descrizione del programma

La Promozione della Salute negli ambienti di lavoro (*Workplace Health Promotion* - WHP) è il risultato degli sforzi congiunti dei datori di lavoro, dei lavoratori e della società, volti a migliorare la Salute e il Benessere nei luoghi di lavoro. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha codificato un modello generale di intervento nel documento: "*Healthy workplaces: a model for action*" (http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf): l'idea centrale è che una azienda che promuove la salute si impegna a costruire, attraverso un processo partecipato, un contesto che favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute, nel proprio interesse e nell'interesse dei lavoratori e della collettività.

Il Programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia"(di seguito Rete WHP Lombardia), sviluppato nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2013 e formalizzato con DDS n. 11861/2012 *"Promozione di stili di vita favorevoli alla salute negli ambienti di lavoro indicazioni alle ASL per lo sviluppo di programmi efficaci e sostenibili"*, e che nel suo consolidamento, ha visto il coinvolgimento – accanto agli ex Dipartimenti di prevenzione Medici - della rete dei servizi socio-sanitari (afferenti agli ex Dipartimenti Attività Socio-Sanitarie Integrate e agli ex Dipartimenti Dipendenze), si fonda su tale impostazione e attiva processi e interventi tesi a sostenere i principali fattori che contribuiscono a rendere il luogo di lavoro un ambiente "favorevole alla salute" quali: il miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro in termini di incremento delle opportunità per l'adozione di scelte comportamentali salutari, l'incoraggiamento del personale a partecipare ad attività salutari ed alla crescita personale; l'affermarsi di politiche di conciliazione famiglia – lavoro nonché, per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso, lo sviluppo nei diversi contesti di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi, con particolare riferimento alla riduzione della condizione "tolleranza disfunzionale".

Il Programma prevede che le Imprese/Aziende aderenti si impegnino a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili su alcune tematiche prioritarie in associazione ad interventi raccomandati per il benessere aziendale e lo sviluppo sostenibile. Le aree prioritarie prevedono l'adozione di Pratiche *Evidence based* o raccomandate (definite "Buone Pratiche") per la promozione di stili di vita favorevoli alla salute e la prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili, in particolare quindi in tema di Alimentazione, Tabagismo, Attività Fisica, Alcool e dipendenze, inoltre collabora con le Reti Territoriali di Conciliazione, istituite in ogni provincia lombarda, al fine di promuovere l'adozione da parte delle imprese e degli enti pubblici di percorsi di Responsabilità Sociale quali: buone prassi di conciliazione vita – lavoro, miglioramento del benessere organizzativo, welfare aziendale per il benessere del lavoratore e il raccordo con servizi sanitari in relazione a programmi di prevenzione (screening, ecc.)

La Rete WHP Lombardia è membro dell' *European Network for Workplace Health Promotion* (http://www.enwhp.org) promosso da Commissione Europea e Organizzazione Mondiale della Sanità.

Sintesi delle principali evidenze di efficacia e/o BP validate di riferimento

La promozione della salute nei luoghi di lavoro è stata identificata dal WHO come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute; ne ha infatti descritto i modelli di attivazione[1], ed è stata inserita tra le strategie per il 2020 del WHO[2]. Numerose evidenze sostengono l'implementazione delle attività di promozione della salute nei luoghi di lavoro e i datori di lavoro che investono in programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro possono ottenere potenziali benefici sia in termini di salute sia di diminuzione delle assenze dal lavoro[3-4]. Analogamente modalità di lavoro flessibile che aumentino il potere di scelta e di controllo del lavoratore sembrano influire positivamente su salute e benessere[5].

Altri studi hanno anche segnalato la presenza di possibili effetti positivi di programmi WHP sul fenomeno del "*presenteismo*"[6].

Le evidenze emerse non possono comunque considerarsi consolidate, ciò spesso a causa del basso livello qualitativo degli studi. Infatti, gli studi di buona qualità tendono a riportare un minore effetto rispetto a quelli di qualità bassa. Questo vale sia per gli interventi rivolti in generale alla promozione della salute dei lavoratori[7] o alla riduzione del fenomeno dell'assenteismo sia per interventi più specifici, volti alla diminuzione dei problemi per soggetti affetti da disturbi muscoloscheletrici[8] o mirati a incrementare l'attività fisica[9-10].

In generale si può affermare che l'efficacia dei programmi di WHP dipende dalla tipologia d'intervento e dalle caratteristiche della popolazione. Più consolidati in letteratura con risultati efficaci, sono gli interventi realizzati sul luogo di lavoro per il contrasto del fumo di tabacco, ed in particolare i programmi di gruppo, il *counselling* individuale le terapie farmacologiche[11].

Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso, la letteratura evidenzia l'importanza dello sviluppo, nei diversi contesti, di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi[12], con particolare riferimento alla riduzione della cosiddetta "tolleranza disfunzionale"[13-14]. Inoltre i lavoratori che partecipano a programmi *drug-free* di provata efficacia riportano un più alto grado di produttività riducendo infortuni, *tournover*, assenteismo[15]. Gli interventi per la prevenzione del consumo di alcool e droghe appaiono più efficaci (e più accettati) quando inseriti all'interno di più ampi programmi di promozione del benessere della salute[17].

Un ambito di particolare interesse, in relazione alla situazione epidemiologica, riguarda la gestione ed il reinserimento di lavoratori con malattie croniche: la tutela della salute è strettamente correlata alla protezione del capitale umano e dell'investimento nella formazione di professionisti; di interesse le raccomandazioni per cui sono state stilate da parte della rete europea ENWHP[17]. La Commissione Europea già da diversi anni si occupa di Responsabilità Sociale di Impresa e ha sottolineato l'importanza per le aziende di investire sul capitale umano, sull'ambiente, sul rapporto con il territorio in cui è inserita e con tutte le parti interessate, considerando queste attività un investimento per migliorare sia l'ambiente di lavoro sia l'immagine dell'azienda e dei prodotti in termini di marketing[18].

Bibliografia:

1. WHO European Office. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.
2. WHO. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policimakers and practitioners. 2010 Ginevra
3. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. (2009). Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000–2006. IGA Report 13e. Available from: www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf
4. Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. Am J Prev Med. 2013 Apr;44(4):406-15. doi: 10.1016/j.amepre.2012.12.007. Review
5. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Feb 17;(2):CD008009. doi: 10.1002/14651858.CD008009.pub2. Review.
6. Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. BMC Public Health. 2011 May 26;11:395. doi: 10.1186/1471-2458-11-395. Review.
7. Vézina M, Bourbonnais R, Brisson C, Trudel L Workplace prevention and promotion strategies, (2004), Healthcare Papers,; Vol. 5(2) pp. 32-44
8. Palmer KT, Harris EC, Linaker C, Barker M, Lawrence W, Cooper C, Coggon D. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. Rheumatology (Oxford). 2012 Feb;51(2):230-42. doi: 10.1093/rheumatology/ker086. Epub 2011 Mar 16. Review.
9. Freak-Poli RL, Cumpston M, Peeters A, Clemes SA. Workplace pedometer interventions for increasing physical activity. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;4:CD009209. doi: 10.1002/14651858.CD009209.pub2. Review.

10. Shrestha N, Ijaz S, Kukkonen-Harjula KT, Kumar S, Nwankwo CP. Workplace interventions for reducing sitting at work. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jan 26;1:CD010912. doi: 10.1002/14651858.CD010912.pub2.
11. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 26;2:CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. Review.
12. ILO, International Labour Office (1996), Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice Geneva, http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-nline/books/WCMS_PUBL_9221094553_EN/lang--en/index.htm
13. Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program. Prevention Science, 1(3), 157-172.
14. Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). Team Awareness facilitator manual. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.Making your workplace drug-free a kit for employers, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230, http://workplace.samhsa.gov/pdf/workplace-kit.pdf
15. Samsha. factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace, 10–11. b. http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs[1].pdf
16. SAMHSA, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Division of Workplace Programs, Making your workplace drug-free a kit for employers, DHHS Publication n. SMA07-4230, 2014. http://workplace.samhsa.gov/pdf/workplace-kit.pdf
17. ENWHP. "Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche". 2014. Traduzione italiana a cura di Regione Lombardia e Dors. Disponibile da: http://www.enwhp.org/uploads/media/ENWHP_Guide_PH_Work_IT.pdf
18. Commissione delle Comunità Europee (2011). Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea. Enterprise Pubblications, Bruxelles

Obiettivo generale

Il Programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" ha quale obiettivo prioritario promuovere cambiamenti organizzativi dei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli al benessere del lavoratore ed alla adozione consapevole di stili di vita salutari per la prevenzione delle malattie croniche. Le malattie croniche, infatti, rappresentano al contempo una priorità di salute e una sfida per il mondo del lavoro nella gestione e nel reinserimento dei lavoratori anche in relazione ai risvolti di valorizzazione del capitale umano, di impatto economico e sociale.

Nell'ambito del presente Piano l'obiettivo generale del Programma è declinato su obiettivi specifici ed azioni che, pur garantendo la continuità con quanto intrapreso nel PRP 2010-2013, danno nuovo impulso al programma in termini di integrazione di sistema tra area sanitaria e socio-sanitaria così come previsto DGR X/2989/2014 - Regole d'Esercizio 2015, determinandone così significativi spunti di innovazione. Gli obiettivi specifici puntano in particolare a rafforzare e sviluppare:

- l'appropriatezza, in termini di efficacia e sostenibilità, degli interventi attivati dalle "Aziende"
- l'appropriatezza, in termini di efficacia, sostenibilità, integrazione, multidisciplinarietà, intersettorialità, dei programmi attivati dalle ATS
- l'*empowerment* delle "Aziende", lo sviluppo della Rete WHP e della Rete Territoriale di Conciliazione e il relativo incremento di nuove adesioni
- la partecipazione della Rete WHP Lombardia all*'European Network Workplace Health Promotion*
- le competenze degli operatori sanitari e socio sanitari nel ruolo di accompagnamento e consulenza
- il raccordo e la valorizzazione della offerta proveniente dalle politiche dei diversi settori regionali, in primis socio-sanitario e sanitario (conciliazione famiglia - lavoro, dipendenze, screening, prevenzione primaria, ecc.)
- il supporto alle imprese per l'implementazione di programmi di Responsabilità Sociale quali buone prassi di conciliazione vita – lavoro, miglioramento del benessere organizzativo, welfare aziendale per il benessere del lavoratore e il raccordo con servizi sanitari in

relazione a programmi di prevenzione (screening, dipendenze, ecc.)
- lo sviluppo del programma nei contesti sanitari e socio-sanitari anche attraverso l'integrazione con principi ed esperienze territoriali del *Network Health Promoting Hospitals and Services - HPH*
- le alleanze con soggetti, esterni al sistema socio-sanitario e sanitario, che, in relazione alla propria *mission*, possono supportare in un'ottica di parternariato, le "Aziende"
- la valorizzazione e lo scambio delle "buone pratiche" fra gli Attori coinvolti nel programma
- l'integrazione del programma stesso e delle azioni messe in campo a livello locale con la Programmazione Sociale di Zona (Piani di Zona in capo agli Enti locali)
- la sostenibilità organizzativa attraverso il miglioramento degli strumenti di documentazione, valutazione (di processo ed esito) e comunicazione

Setting

Il Programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" è sviluppato nel setting "ambienti di lavoro", inteso come imprese private, aziende pubbliche di varia natura (strutture sanitarie e sociosanitarie), enti pubblici (Comuni, ecc.) e non profit. Nel testo la dicitura "Azienda" fa quindi riferimento all'insieme di tali contesti.

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Il Programma riveste un forte carattere intersettoriale, i gruppi di interesse coinvolti sono, in particolare: Confindustria Lombardia, Assolombarda, Fondazione Sodalitas, Direzioni Strategiche Aziende Sanitarie, Soggetti che gestiscono unità di offerta sociali e sociosanitarie, Enti Pubblici, altri Enti Non Profit (con particolare riferimento ad associazioni di promozione sociale e sportive, organizzazioni di volontariato), Associazioni nazionali di rappresentanza di Comuni e Province lombardi, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di professionisti, Società Scientifiche, Università.

Obiettivi specifici e indicatori							
MOC	**Obiettivo centrale**	**Indicatore Obiettivo centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore Baseline (2014)**	**Fonte**	**Valore atteso 2018**
1	1.3.	1.3.1	**P1.1 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills/empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta**	Numero di Aziende che aderiscono al Programma WHP (INDICATORE SENTINELLA)	280	Regione Database WHP	350
7	7.4	-					
7	7.4 7.5	-	**P.1.2 Promuovere l'adozione da parte delle imprese di percorsi di Responsabilità Sociale**	Numero di Aziende che aderiscono alle Reti Territoriali di Conciliazione adottando percorsi di Responsabilità (INDICATORE SENTINELLA)	423	Regione Database DG Famiglia	850
5	5.3.1	5.3.1					
1	1.5 1.4	1.5.1 1.4.1	**P1.3 Ridurre il numero di fumatori Estendere la tutela dal fumo passivo**	Numero di Aziende che aderiscono con Buone Pratiche su tabagismo,	64	Regione Database WHP	150
1 **5**	1.6 5.3	1.6.1 5.3.1	**P1.4 Ridurre il consumo di alcol a rischio**	Numero di Aziende che aderiscono con Buone Pratiche su alcool	26 (2014)	Regione database WHP	80
1	1.7 1.8	1.7.1-2 1.8.1-2	**P1.5 Aumentare il consumo di frutta e verdura e ridurre il consumo di sale e contrastare la carenza iodica**	Numero di Aziende che aderiscono con Buone Pratiche su alimentazione	161 (2014)	Regione database WHP	250
10	10.10	10.10.2					
1	1.9	1.9.1-2	**P1.6 Aumentare l'attività fisica delle persone**	Numero di Aziende che aderiscono con Buone Pratiche su attività fisica.	100 (2014)	Regione database WHP	200

INDICATORI SENTINELLA

Titolo	**NUMERO DI AZIENDE CHE ADERISCONO ALLA RETE WHP**				
Programma	**1 RETI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**				
Azione/Programma	A1.1-5 A1.8-9/P1				
Obiettivo specifico	**Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills/empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta**				
Definizione	Numero di aziende che partecipano al programma di Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro				
Numeratore	n. di aziende				
Denominatore	n. di aziende iscritta al 2013				
Formula matematica	n. iscritte / n. iscritte 2013 x 100				
Fonte	Database regionale				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	100% (280/280)	107% (300/280)	114% (320/280)	121% (340/280)	125% (350/280)

Titolo	**NUMERO DI AZIENDE CHE ADERISCONO ALLA RETE WHP A**				
Programma	**1 - RETI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**				
Azione/Programma	A1.1-5 A1.8-10/P1				
Obiettivo specifico	**Promuovere l'adozione da parte delle imprese di percorsi di Responsabilità Sociale**				
Definizione	Numero di Aziende che aderiscono alle Reti Territoriali di Conciliazione adottando percorsi di Responsabilità				
Numeratore	n. di aziende				
Denominatore	n. di aziende iscritta al 2013				
Formula matematica	n. iscritte / n. iscritte 2013 x 100				
Fonte	Database regionale				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	100% (423/423)	122% (500/423)	142% (600/423)	126% (600/423)	846% (846/423)

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET diretto**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P1.1 P1.2 P1.3 P1.4 P1.5 P1.6	A1.1 Formazione (Processi partecipati, *Evidence based Prevention*, Buone Pratiche, HPH)	ATS (DIPS)	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
	A1.2 Formazione (Buone Pratiche, *counselling* motivazionale)	Medici competenti, MMG	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
	A1.3 Formazione	Aziende Altri soggetti a vario titolo coinvolti	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P1.1 P1.2	A1.4 Aggiornamento sistema informativo per la documentazione e valutazione di processi ed esiti	Sistema	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
P1.1 P1.2 P1.3 P1.4 P1.5 P1.6	A1.5 Aggiornamento ed integrazione del Manuale di "Buone Pratiche" per le Aziende	Sistema ATS (DIPS) Aziende	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
P1.5	A1.6 Definizione capitolati d'appalto per vending e mense (frutta e verdura, pane a basso contenuto di sale, sale iodato)	Sistema Aziende ATS (DIPS) Soggetti che predispongono Gare		Possibili criticità legate a resistenze sugli aspetti di sostenibilità economica nell'offerta di frutta/verdura nel vending
P1.6	A1.7 Stipula protocolli d'Intesa con associazioni di promozione sportiva e sociale per lo sviluppo di azioni di supporto alle Aziende nella promozione dell'attività fisica (Gruppi di cammino, *Progetto Bike to Work*, ecc.)	Sistema Centro sportivo Italiano (CSI) Unione Italiana Sport per tutti (UISP), Federazione Italiana Amici della bicicletta (FIAB) Altri soggetti a vario titolo coinvolti	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P1.1 P1.2	A1.8 Integrazione con contenuti/attività della Rete *Health Promoting Hospitals and Services _ HPH ("Promoting a Healthy Workplace Standard"*) e predisposizione documenti dedicati	Sistema ATS (DIPS, Dip. ASSI, Dip. Dipendenze) Aziende Sanitarie aderenti Rete HPH	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
P1.1 P1.2	A1.9 Attività di comunicazione finalizzate allo sviluppo delle reti WHP Lombardia e di Conciliazione ed alla partecipazione al *Network ENWHP*	Sistema ATS (DIPS, Dip. ASSI, Dip. Dipendenze) Aziende Altri soggetti a vario titolo coinvolti	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P1.2	A1.10 Supporto e accompagnamento per l'adozione di percorsi di Responsabilità Sociale	Aziende, Ospedali, Enti pubblici, unità di offerta che gestiscono unità di offerta sociali e sociosanitarie, associazioni sindacali, Enti non profit	Attività già supportata da una rete presente e attiva sul territorio	

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A1.1, A1.2, A1.3 Formazione				
A1.4 Aggiornamento sistema informativo per la documentazione e valutazione di processi ed esiti				
A1.5 Aggiornamento ed integrazione del Manuale di "Buone Pratiche" per le Aziende				
A1.6 Definizione capitolati d'appalto per vending e mense (frutta e verdura, pane a basso contenuto di sale)				
A1.7 Stipula protocolli d'Intesa con soggetti esterni al sistema sanitario per sviluppo azioni di supporto alle Aziende nella promozione dell'attività fisica (Gruppi di cammino, Progetto *Bike to Work*, ecc.)				
A1.8 Integrazione con contenuti/attività della Rete *Health Promoting Hospitals and Services HPH* e predisposizione documenti dedicati				
A1.9 Attività di comunicazione finalizzate allo sviluppo delle reti WHP Lombardia e di Conciliazione ed alla partecipazione al *Network ENWHP*				
A1.10 Supporto e accompagnamento per l'adozione di percorsi di Responsabilità Sociale				

P.2 Programma: "SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE – RETE SPS/SHE LOMBARDIA"

Descrizione del programma

La collaborazione tra servizi sanitari/socio – sanitari e mondo della scuola in Lombardia, in tema di educazione sanitaria, promozione di stili di vita sani e più in generale promozione della salute nella sua complessità, è un'esperienza ormai consolidata da una tradizione di lavoro comune quasi trentennale. Dopo il primo "Protocollo d'Intesa relativo alle attività di Promozione della Salute ed Educazione alla Salute nelle scuole" sottoscritto nel 2006, la collaborazione si è ulteriormente rafforzata attraverso un percorso di condivisione dei principali indirizzi scientifico- culturali (in particolare elaborati da Organizzazione Mondiale della Sanità e *International Union for Health Promotion and Education*) in tema di interventi efficaci di promozione della salute e prevenzione nel contesto scolastico.
Il percorso è stato caratterizzato da una serie di momenti formativi congiunti sanità – sociale - scuola che hanno visto la partecipazione di dirigenti scolastici di tutte le province lombarde e dirigenti/operatori dei diversi Dipartimenti e Servizi delle ATS impegnati in campo preventivo (nell'ambito della più ampia azione dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS), dei Dipartimenti Dipendenze e dei Dipartimenti Attività Socio Sanitarie Integrate).
Si è quindi giunti alla condivisione di un documento (formalizzato quale PROTOCOLLO D'INTESA SULLE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE – 2011) dal quale è disceso il programma operativo "SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE – RETE SPS/SHE LOMBARDIA" ed il relativo Accordo di Rete tra Scuole.

La "Rete delle Scuole lombarde che Promuovono Salute" è membro del "*Network School for Health in Europe*" (www.schools-for-health.eu/she-network) promosso da Commissione Europea e Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il Programma "Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia" prevede che le Scuole si impegnino a gestire fattivamente la propria specifica titolarità nel governo dei determinanti di salute riconducibili ad: ambiente formativo, ambiente sociale, ambiente fisico ed organizzativo, promuovendo nella loro programmazione ordinaria attenzioni e iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti in campo (studenti, docenti, personale non docente, dirigenza, famiglie, fornitori ecc.). In questo senso sono promosse in quanto strategiche le alleanze con i diversi Attori della comunità locale (Comuni, non profit, associazionismo, volontariato ecc.), così che benessere e salute diventino reale "esperienza" nella vita delle comunità scolastiche e che da queste possibilmente si diffondano alle altre componenti sociali.

A questo scopo avviano un processo che a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento che bersagliano contestualmente

1) lo sviluppo di competenze individuali (*life skills*)
2) la qualificazione dell'ambiente sociale (clima organizzativo, ecc.)
3) il miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo (mense scolastiche, snack, palestre, cortili, pedibus, ecc.)
4) il rafforzamento della collaborazione con la comunità locale (Enti Locali, Associazioni, ecc.)

Ne discende l'avvio ed il radicamento di azioni sostenibili e fondate su criteri *Evidence Based* o raccomandate (definite "Buone Pratiche") per la promozione di stili di vita favorevoli alla salute.

I contenuti del Programma sono offerti a tutte le Scuole del territorio regionale dalle ATS che svolgono ruolo di accompagnamento e consulenza scientifica –metodologica nel processo di miglioramento delle condizioni di salute delle Scuole della Rete e nel coinvolgimento delle altre Scuole nella Rete stessa.

Sintesi delle principali evidenze di efficacia e/o BP validate di riferimento

La promozione della salute nel *setting* scolastico, in coerenza con i valori espressi nella carta di Vilnius[1], è orientata ai principi di equità, sostenibilità, appartenenza, autonomia e democrazia. Ciò attraverso un approccio olistico in grado di essere partecipativo, rispettoso di valori e credenze, orientato a sviluppare politiche scolastiche, a migliorare l'ambiente scolastico fisico e sociale, lo sviluppo delle competenze individuali e l'integrazione con la famiglia, la comunità e i servizi sanitari. Nella letteratura scientifica è in corso la valutazione degli effetti del *framework* di lavoro WHO su indice di massa corporea, attività fisica, fitness, introito di frutta e verdura, fumo e bullismo: i risultati sono in genere di lieve entità ma hanno la potenzialità di produrre nella popolazione benefici in sanità pubblica[2]

E' però consolidata l'importanza di una azione sinergica tra scuola e salute per migliorare sia le condizioni di salute sia i processi di apprendimento[3]. Gli interventi di promozione della salute, infatti, agiscono sugli stessi fattori di rischio e di protezione che, in base a numerose ricerche, sono associati a comportamenti problematici e a bassi risultati scolastici[4].Comportamenti e ambienti favorevoli alla salute sono correlati a una migliore resa scolastica, evidenziando l'importanza della collaborazione tra servizi socio-sanitari e scuola. Numerosi lavori scientifici hanno studiato le diverse correlazioni tra salute e scuola: ad esempio una recente revisione Cochrane[5] gli autori concludono che tali azioni possano migliorare le performance scolastiche in merito alla matematica alle funzioni esecutive e alla memoria di lavoro. Altri studi hanno dimostrato una relazione tra condizioni di salute, clima scolastico e il rendimento scolastico sia per l'italiano che per la matematica. Inoltre, le relazioni tra gli adolescenti e gli adulti di riferimento e l'adozione di comportamenti a rischio, come il consumo di sostanze, hanno mostrato avere un legame con il ritardo scolastico[3-6]. Inoltre, ci sono evidenze per cui un ambiente scolastico caratterizzato da aria pulita, luminosità e un *setting* sicuro e confortevole favorisce l'apprendimento degli studenti come dimostrato da diversi studi americani[7-9]. Ad esempio si è osservato che i risultati scolastici sono influenzati anche dalla qualità infrastrutturale degli edifici scolastici[9]. Più in generale, è fondamentale utilizzare un approccio globale[10] che consideri il clima organizzativo e le condizioni in cui tutti gli attori della scuola si trovano ad operare (dirigenti scolastici, insegnanti, personale non docente, genitori, studenti). Molti studi mostrano, infatti, che oggi l'istituzione scolastica si sente sovraccaricata di ruoli e compiti e gli insegnanti sviluppano alti livelli di stress e di disagio lavorativo[11-12-13].

Negli ultimi dieci anni le evidenze sulle scuole che promuovono salute sono aumentate, costituendo un quadro positivo nell'implementazione delle buone pratiche; si mostra quindi necessario applicare politiche favorenti il loro sviluppo e la costituzione di reti tra le scuole[14]. A livello Europeo è presente la rete europea *School for Health in Europe* che raccoglie l'adesione di oltre 43 reti nazionali e subnazionali e favorisce la condivisione e lo sviluppo di buone pratiche basate sull'evidenza[15].

Bibliografia:

1. School Health Europe Networks. Better school through health – The third European Conference on Health promoting Schools – Vilnius Resolution
2. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Pouliou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014
3. Dominic Richardson. Comparing Policies and Public spending for children across OECD countries. The 4th European conference on health Promoting Schools. Odensee Ottobre 2013.
4. Griffin, K. W. & Botvin, G. J. (2012). LifeSkills Training and educational performance. Better: evidence-based education, 4, 3, 18-19
5. Martin A , Saunders DH, Shenkin SD, Sproule J. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2014
6. Paola Berchialla, Franco Cavallo, Sabina Colombini, Patrizia Lemma Associazione delle caratteristiche individuali, del benessere psico-fisico e del clima di classe con gli outcomes scolastici a 11 e 13 anni

7. James Maurice Blincoe, The Age and Condition of Texas High Schools as Related to Student Academic Achievement (doctoral diss., The University of Texas at Austin, 2008).
8. Glen I. Earthman, School Facility Conditions and Student Academic Achievement (Los Angeles: UCLA Institute for Democracy, Education, and Access, 2002).
9. The Centre for Learning and Teaching School of Education, Communication and Language Science, The Impact of School Environments: A literature review, University of Newcastle. 2005 http://www.ncl.ac.uk/cflat/news/DCReport.pdf
10. Gray G., Young I. and Barnekow V. (2006). Developing a health-promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools. European Network of Health Promoting Schools
11. Pisanti R., Gagliardi M. P., Razzino S. and Bertini M. (2003). Occupational stress and wellness among Italian secondary school teachers. Psychology & Health, 18 (4): 523-536. DOI: 10.1080/0887044031000147247
12. Zurlo M.C., Pes D. and Cooper C.L. (2007). Stress in teaching: a study of occupational stress and its determinants among Italian schoolteachers. Stress and Health, 23: 231-241. DOI: 10.1002/smi.1141
13. Velasco, V., Miglioretti, M., Celata, C. e Vecchio, L. (2013). Il benessere degli insegnanti: il ruolo del supporto sociale e delle dimensioni organizzative. Psicologia della salute, 2, 52-70
14. School Health Europe Networks. 2 SHE-Factsheet_2_School health promotion_Evidence.
15. http://www.schools-for-health.eu ultimo accesso 25 aprile 2015

Obiettivo generale

Il programma "Scuole che promuovono salute – Rete SPS Lombardia" ha l'obiettivo di sostenere l'*empowerment* individuale e di comunità nel *setting* scolastico, in un'ottica intersettoriale che intercetta, e fa dialogare tra loro, obiettivi di salute pubblica e la *mission* educativa della scuola; promuove, con il supporto tecnico scientifico delle ATS e la collaborazione con altri soggetti della Comunità locale, il rafforzamento di competenze e consapevolezza di tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, insegnanti, bidelli, tecnici, dirigenti e genitori) e le modifiche strutturali ed organizzative sostenibili che facilitano l'adozione di stili di vita salutari, attraverso interventi di provata efficacia o raccomandati (definiti "buone pratiche").

Tra gli obiettivi del programma si inserisce il contrasto al fumo passivo; in tal senso il SSR si attiverà per orientare le scuole a realizzare policy di ambienti smoking free sia per controllare e aumentare l'adesione a quanto già previsto dalle norme, sia per sensibilizzare i fumatori sulla tematica, sia per favorire l'assenza di utilizzo di tabacco negli spazi attigui alle scuole (ad es. piazzali etc).

Nell'ambito del presente Piano l'obiettivo generale del Programma è declinato su obiettivi specifici ed azioni che, pur garantendo la continuità con quanto intrapreso nel PRP 2010-2013, danno nuovo impulso al programma in termini di integrazione di sistema tra area sanitaria e socio-sanitaria così come previsto DGR X/2989/2014 - Regole d'Esercizio 2015. Gli obiettivi specifici puntano in particolare a rafforzare e sviluppare:

- l'appropriatezza, in termini di efficacia degli interventi attivati dalle Scuole
- l'appropriatezza, in termini di efficacia, sostenibilità, integrazione, multidisciplinarietà degli interventi attivati dalle ATS e da altri soggetti del sistema SSSR
- le competenze degli operatori sanitari e socio sanitari nel ruolo di accompagnamento e consulenza e in tema di EBP, Buone Pratiche
- la documentazione e diffusione di Buone Pratiche già validate e la definizione di nuove, in particolare in riferimento ai temi dell'inclusione, dell'affettività e della prevenzione delle MTS (queste ultime rispetto al contesto delle Scuole secondarie di secondo grado)
- la disseminazione, alla luce delle sperimentazioni regionali effettuate negli scorsi anni, dei Programmi preventivi Regionali nel campo delle dipendenze (*Lifeskills Training Program e Unplugged*), con un'attenzione particolare all'ampliamento dei loro obiettivi e contenuti preventivi con particolare riferimento alle dipendenze da comportamenti (es. GAP) e ad altri comportamenti a rischio
- l'*empowerment* delle Scuole, lo sviluppo della Rete SPS/SHE e il relativo incremento di nuove adesioni
- la partecipazione al *Network Schools for Health in Europe* – SHE
- le alleanze con soggetti esterni al sistema socio-sanitario e sanitario che, in relazione alla

propria *mission*, possono supportare in un'ottica di parternariato, le Scuole
- la promozione, anche attraverso l'individuazione, da parte di MIUR – USR per la Lombardia, di specifici meccanismi di riconoscimento e incentivazione, del protagonismo dei docenti (in primis delle Scuole aderenti alla Rete) all'interno di tutti i gruppi di lavoro e di progetto istituiti a livello regionale in ambito sociale e socio-sanitario, ma anche nel ruolo di moltiplicatori, facilitatori e formatori dei colleghi attivi/attivabili a livello territoriale
- la sostenibilità organizzativa attraverso il miglioramento degli strumenti di documentazione, valutazione (di processo ed esito) e comunicazione.

Setting

Il Programma è sviluppato presso tutte le Scuole del territorio regionale

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Il Programma riveste un forte carattere intersettoriale, i gruppi di interesse coinvolti sono, in particolare: MIUR Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, Direzioni Scolastiche, Università, Direzioni Generali regionali, Comuni, Province, Uffici di Piano, Associazioni di genitori, Rappresentanze studentesche, Associazioni non profit in particolare di promozione sociale e sportiva, e Volontariato.

Obiettivi specifici e indicatori							
MOC	**Obiettivo centrale**	**Indicatore Obiettivo centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore Baseline**	**Fonte**	**Valore atteso 2018**
1	1.3 1.4 1.5 1.6 1.7 1.8	1.3.1 1.4.1 1.5.1 1.6.1 1.7.1-2 1.8.1-2	**P2.1** **Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills/empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta**	Proporzione di IC che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) al Programma (INDICATORE SENTINELLA)	262 istituti pari al 22% (anno 2014)	Regione -MIUR – USR (Database Rete SPS - Scuola Capofila Regionale)	350 istituti pari al 30%
3	3.1	3.1.1 3.2.1					
4	4.1	4.1.1					
5	5.3	-					
9	9.5	-					
10	10.9 10.10	-					
1	1.3	1.3.1	**P2.2** **Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills/empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta**	Docenti insegnanti formati su life skills	2285 docenti (anno 2013-14)	Regione (Database DG Famiglia)	3000 docenti
3	3.1 3.2	3.1.1 3.2.1					
4	4.1	4.1.1					
1	1.3	1.3.1	**P2.3** **Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills/empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta**	Proporzione di IC che aderiscono con Buone Pratiche su programmi *life skills*	1179 classi dato (anno2013)	Regione	1800 classi
3	3.1 3.2	3.1.1 3.2.1					
4	4.1	4.1.1					
1	1.9 5.3	1.9.1-2-3 5.3.1	**P2.4** **Aumentare l'attività fisica delle persone**	Proporzione di plessi di scuola primaria che hanno attivo il Pedibus	501 pari al 21% (2013)	Regione (Survey DG Welfare)	600 pari al 25%

INDICATORE SENTINELLA

Titolo	**NUMERO DI AZIENDE CHE ADERISCONO AL PROGRAMMA**				
Programma	**2 - SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE – RETE SPS/SHE LOMBARDIA**				
Azione/Programma	A2.1-4 A2.6-12/P2				
Obiettivo specifico	**Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills/empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta**				
Definizione	Proporzione di IC che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) al Programma Scuole che Promuovono Salute Rete SPS/SHE Lombardia				
Numeratore	n. di IC				
Denominatore	n. di IC iscritta al 2013				
Formula matematica	n. iscritte / n. iscritte 2013 x 100				
Fonte	DATABASE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	100% (262/262)	106% (280/262)	114% (300/262)	124% (325/262)	133% (350/262)

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET diretto**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P2.1 P2.3 P2.4	A2.1 Formazione congiunta Scuola Sistema Sanitario e socio-sanitario (Processi partecipati, EBP, Buone Pratiche, *Peer Education*)	ATS (DIPS, Dip. ASSI, Dip. Dipendenze) Scuole (Insegnanti , Studenti, dirigenti scolastici) Altri soggetti a vario titolo coinvolti	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità organizzativa, le risorse economiche determineranno l'impatto di copertura dell'azione	-
	A2.2 Formazione(Processi partecipati, Sistema di documentazione e valutazione PROSA)	ATS (DIPS, Dip. ASSI, Dip. Dipendenze)	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P2.3	A2.3 Formazione (*Life Skills*)	Insegnanti	Attività che richiede la condivisione di MIUR per gli aspetti di riconoscimento quale formazione continua per insegnanti, inoltre le risorse economiche determineranno l'impatto di copertura dell'azione	In relazione agli esiti in tema di sostenibilità
P2.1	A2.4 Aggiornamento sistema informativo per la documentazione e valutazione di processi ed esiti	Sistema ATS (DIPS, Dip. ASSI, Dip. Dipendenze) MIUR – Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia Scuole	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
P2.2-3	A2.5 Definizione contenuti formativi per insegnanti (A2.3) su "*Life Skills*", in raccordo con Università e "*Life skills program* (Botvin)"	Sistema ATS (DIPS, Dip. ASSI, Dip. Dipendenze) MIUR – Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	

		Scuole Università		
P2.1 P2.3 P2.4	A2.6 Predisposizione del Manuale di "Buone Pratiche" per le Scuole	Sistema ATS (DIPS, Dip. ASSI, Dip. Dipendenze) MIUR – Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia Dirigenti scolastici Insegnanti Altri portatori di interesse	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
P2.1	A2.7 Supporto alla definizione capitolati d'appalto per vending e mense (frutta, verdura e pane a basso contenuto di sale), sviluppo offerta di merende a base di frutta	ATS (DIPS) Dirigenti Scolastici Soggetti che predispongono Gare Comuni Gestori Mense e Vending		Possibili criticità legate a resistenze sugli aspetti di sostenibilità economica nell'offerta di frutta/verdura nel vending
P2.1	A2.8 Messa a sistema su scala regionale del progetto "Non solo glutine…" validato sulla base della sperimentazione 2014-2015 attuata nelle ATS della Montagna, Valpadana, Milano	ATS (DIPS) Dirigenti Scolastici, Insegnanti Famiglie Comuni, Associazione Italiana Celiachia- AIC sezione Lombardia	Attività non esposta a criticità per sostenibilità economica ma a forte impegno per sostenibilità organizzativa	
P2.1 P2.3	A2.9 Attivazione GdL per la definizione di Buone Pratiche per le Scuole secondarie in riferimento ai temi dell'inclusione, dell'affettività e della prevenzione delle MTS	Rappresentanti ATS (DIPS, Dip. ASSI, Dip. Dipendenze) e NPI Dirigenti Scolastici, Insegnanti Società Scientifiche Università Enti no profit	Attività non esposta a criticità per sostenibilità economica ma a forte impegno per sostenibilità organizzativa	
P2.1 P2.3	A2.10 Stipula protocolli d'Intesa con soggetti di promozione sociale e sportiva per lo sviluppo di azioni, efficaci ed *equity oriented*, di supporto alle Scuole, ed agli Enti Locali coinvolti, nella promozione dell'attività fisica (Pedibus, *Bike to Schools*, ecc.)	Sistema Centro sportivo Italiano (CSI) Unione Italiana Sport per tutti (UISP), Federazione Italiana Amici della bicicletta (FIAB) Altri soggetti a vario titolo coinvolti	Attività non esposta a criticità per sostenibilità economica ma a forte impegno per sostenibilità organizzativa	
P2.1 P2.2 P2.3 P2.4	A2.11 Azioni concertate con altre Direzioni Generali regionali (Giovani e Sport, DDGG Agricoltura, Istruzione, Formazione e Lavoro, ecc.), anche in riferimento a misure di contrasto alle disuguaglianze	Sistema	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
P2.1	A2.12 Attività di comunicazione finalizzate allo sviluppo della Rete ed alla partecipazione al *Network SHE*	Sistema ATS (DIPS, Dip. Dipendenze, Dip. ASSI) MIUR Ufficio Scolastico Lombardia Direzioni scolastiche Capofila di Rete Altri soggetti a vario titolo coinvolti	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A2.1, A2.2, A2.3 Formazione				
A2.4 Aggiornamento sistema informativo per la documentazione e valutazione di processi ed esiti				
A2.5 Definizione contenuti formativi per insegnanti su "*Life Skills*", in raccordo con Università e "*Life skills program* (Botvin)"				
A2.6 Predisposizione del Manuale di "Buone Pratiche" per le Scuole				
A2.7 Supporto alla definizione capitolati d'appalto per vending e mense (frutta e verdura), sviluppo offerta di merende a base di frutta e pane a basso contenuto di sale				
A2.8 Messa a sistema su scala regionale del progetto "Non solo glutine…" validato sulla base della sperimentazione 2014-2015 nelle ATS della Montagna, Valpadana, Milano				
A2.9 Attivazione GdL per la definizione di Buone Pratiche per le Scuole secondarie di secondo grado in riferimento ai temi dell'inclusione, dell'affettività e della prevenzione delle MTS				
A2.10 Stipula protocolli d'Intesa con soggetti di promozione sociale e sportiva per lo sviluppo di azioni, efficaci ed *equity oriented*, di supporto alle Scuole ed agli Enti Locali coinvolti nella promozione dell'attività fisica (Pedibus, *Bike to Schools*, ecc.)				
A2.11 Azioni concertate con altre DG Regionali (Giovani e Sport, Agricoltura, Formazione, ecc.), anche in riferimento a misure di contrasto alle disuguaglianze				
A2.12 Attività di comunicazione finalizzate allo sviluppo della Rete ed alla partecipazione al *Network SHE*				

P.3 PROGRAMMA: "PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BAMBINO E DELLA MAMMA NEL PERCORSO NASCITA"

Descrizione del programma

Le evidenze scientifiche sulle quali si fondano gli indirizzi strategici del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014 – 2018, sottolineano l'importanza di un approccio *life course* nei programmi di comunità di promozione della salute, il Programma "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita" si colloca in tale dimensione concettuale in particolare nel riconoscere che *"(…) La promozione della salute e dell'equità nella salute inizia dalla gravidanza, passa per un programma di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e prosegue nella fase della prima infanzia (…)."*

La scelta di diventare genitori, la consapevolezza di una gravidanza, la nascita e la crescita del bambino sino al compimento del primo ciclo di vita, che coincide convenzionalmente con il terzo anno di età, rappresentano, nel loro insieme, un importante periodo ove sostenere la *salute*, nella sua accezione multidimensionale, di mamma, bambino e genitori.

Il Programma declina la cornice sistemica tesa a ricomporre in una programmazione unitaria ed integrata lo sviluppo e miglioramento delle attività di promozione della salute e prevenzione che insistono trasversalmente nei diversi ambiti del Sistema sanitario, socio sanitario e sociale lombardo che "incontrano" le donne, le mamme, i genitori ed i bambini: Consultorio, Punto nascita, Pediatria di famiglia, Servizi di prevenzione e altri contesti di comunità.

Il Programma investe nello sviluppo di una forte relazione organizzativa e culturale tra le diverse componenti del "percorso nascita", di un approccio multi professionale orientato, in particolare, ad un modello di comunicazione teso a rendere i genitori sempre più competenti e consapevoli (*empowerment*) nelle scelte di salute, di una pianificazione efficace in relazione a situazioni di disagio sociale e fragilità e, più in generale al contrasto delle disuguaglianze di salute.

Il Programma rappresenta il percorso "*ponte"* tra strategie di promozione e prevenzione di comunità e quelle rivolte direttamente a donne, genitori, bambini e si sviluppa in sinergia con gli indirizzi regionali relativi alla applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010 su sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita di cui alla DGE X/ 2989/2014 – Regole d'Esercizio 2015, alle politiche di sostegno alla maternità e natalità alle famiglie, con particolare riferimento a contesti di fragilità, di cui alle DGR X/2595/2014, DGR IX/4561/2012 (Programmi Nasko e Cresko), DGR IX/3239/2012 (Attività innovative Consultori, nell'ambito delle quali si sono, tra l'altro, sviluppate esperienze di *"home visiting")*

Sintesi delle principali evidenze di efficacia e/o BP validate di riferimento

Come sostenuto dall'OMS nel terzo obiettivo riportato in "*Health 21*"[1] è importante investire sulla salute nelle fasi precoci della vita. Consulenze genetiche, buone pratiche alimentari, rinuncia all'assunzione di tabacco durante la gravidanze e pratiche mediche prenatali favoriscono migliori condizioni fisiche alla nascita: riduzione di basso peso e anomalie congenite. Il percorso nascita rappresenta, infatti, una importante opportunità di salute pertanto UNICEF ha identificato, in coerenza con OMS, i principali requisiti per costruire ambienti favorevoli alla salute sia per gli ospedali[2] sia per le comunità[3]. Di riferimento sono le 8 azioni per favorire una crescita sana del neonato[4]. Inoltre negli ultimi due decenni si è assistito ad uno sviluppo esteso di interventi precoci a favore dei bambini a rischio[5]. I programmi di *Home Visiting* sono volti al sostegno alla genitorialità e si svolgono attraverso visite domiciliari[6], possono protrarsi per uno o più anni e il loro scopo principale è quello di migliorare particolari modalità di relazione fra i membri di una famiglia. Le competenze genitoriali sono determinate da fattori di personalità e contestuali, ma soprattutto dal tipo di accudimento, ricevuto durante la propria infanzia[7].

E' necessario realizzare interventi preventivi durante i primi anni di vita del bambino, che vadano ad agire sul contesto relazionale primario e che diano centralità alla genitorialità. La prevenzione, in questo caso, ha una doppia opportunità: intervenire per la salvaguardia del bambino e determinare effetti preventivi a medio e lungo termine, rivolgendosi ai genitori e innescando in loro processi di cambiamento, che stabilizzino i propri effetti adattivi sulla relazione primaria. Le politiche non dovrebbero però limitarsi a sostenere interventi sanitari ma offrire anche opportunità per ridurre eventuali svantaggi sociali. A questo proposito è auspicabile che le politiche si occupino di creare le condizioni per favorire ambienti familiari supportivi, fornendo ai genitori mezzi e abilità per prendersi cura dei propri figli in modo efficace, promuovendone salute e benessere. I dati a disposizione relativamente agli interventi di *Home Visiting* dimostrano effetti positivi sulle abilità genitoriali e sullo sviluppo generale del bambino. Per questo può essere considerato un modello promettente per le famiglie che faticano ad accedere autonomamente ai Servizi 8[7]. Obiettivo è riportare, cambiando l'approccio metodologico e orientandolo verso il *relationship based-care*, al centro dell'attenzione i bisogni della famiglia[9].

Bibliografia:
1- WHO, HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series ; No. 5) 1998
2- http://www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm
3- http://www.unicef.it/doc/5848/comunita-amiche-dei-bambini.htm
4- http://www.genitoripiu.it/
5 - Ammaniti M., Speranza A. M., Tambelli R., Muscetta S., Lucarelli L., Vismara L., Odorisio F. and Cimino S. (2006), A prevention and promotion intervention program in the field of mother–infant relationship. Infant Ment. Health J., 27: 70–90. doi: 10.1002/imhj.20081
6- Speranza A.M., Mattei E., Programmi di sostegno alla genitorialità: l'Home Visiting. Ed.Kappa, 2007
7- Egeland B., Deborah Jacobvitz and L. Alan Sroufe Breaking the Cycle of Abuse. Child Development Vol. 59, No. 4 (Aug., 1988), pp. 1080-1088
8- Avellar S.A., Supplee L. H., (2013) Effectiveness of Home Visiting in Improving Child Health and Reducing Child Maltreatment, Pediatrics, Supplement 2, pS90-S99.
9- Koloroutis M. Relationship-Based Care: A Model for Transforming Practice ed. Minneapolis, Minn: Creative Healthcare Management, Inc; 2004.

Obiettivo generale

Il Programma *"Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita"* ha l'obiettivo generale di migliorare l'appropriatezza, in termini di efficacia, sostenibilità, multidisciplinarietà ed integrazione, degli interventi di promozione della salute e di prevenzione nei diversi contesti afferenti il "percorso nascita" (Consultorio, Punto nascita, Pediatria di base, Servizi di prevenzione) su tutto il territorio regionale.

Il Programma trova significativi elementi di sviluppo e innovazione grazie alle sinergie tra le diverse politiche regionali di riferimento ed alla integrazione di sistema tra il settore sanitario, socio-sanitaria e sociale.

Gli obiettivi specifici puntano in particolare a rafforzare e sviluppare:

- il processo di integrazione culturale ed organizzativa tra il settore sanitario, socio-sanitaria e sociale e le diverse professionalità coinvolte
- la promozione dell'allattamento al seno, mediante l'attivazione del processo per la messa a sistema su scala regionale di un programma di promozione dell'allattamento seno coerente al modello raccomandato da WHO – UNICEF
- l'appropriatezza, in termini di efficacia, dei processi di comunicazione e di relazione con i Genitori, anche mediante la definizione di modelli e strumenti validati per sostenere l'acquisizione di "competenze per la salute - *health literacy*" nel ruolo genitoriale anche in riferimento a contesti di particolare fragilità e/o disagio sociale
- la sostenibilità organizzativa attraverso il miglioramento degli strumenti di documentazione e valutazione di processo ed esito degli interventi.

Setting

Il Programma "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita" è sviluppato nel *setting* sanitario, socio – sanitario e sociale del Sistema regionale, trova inoltre momenti di raccordo, in particolare in riferimento alla promozione dell'allattamento al seno" con i *setting* di comunità di cui al Programmi 1 "Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro", al Programma 4 "Promozione stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità", nonché al Programma 8 "Prevenzione, sorveglianza e controllo malattie infettive", in riferimento alle vaccinazioni in età pediatrica.

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Il programma si caratterizza per il forte approccio multisettoriale, cioè l'azione di integrazione culturale ed organizzativa tra diversi settori del sistema sanitario, socio sanitario e sociale e figure professionali (ostetriche, infermieri, ginecologi, pediatri psicologi, assistenti sociali, ecc.) coinvolti.

Lo sviluppo del programma prevede, inoltre, la partecipazione di Società Scientifiche, Associazioni Professionali, altri soggetti (Centri di riferimento per le tematiche) nazionali ed internazionali ecc. Il carattere intersettoriale è determinato, in particolare, dal coinvolgimento di Enti non profit e di mutuo aiuto di riferimento per le tematiche del Programma.

Obiettivi specifici e indicatori							
MOC	**Obiettivo centrale**	**Indicatore Obiettivo centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore Baseline**	**Fonte**	**Valore atteso 2018**
1	1.2	1.2.1	**P3.1** **Incrementare la pratica dell'allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)**	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	61% (alla seconda vaccinazione)	2012 Regione (Survey DG Welfare)	
1	1.2	1.2.1	**P3.2** **Mettere a sistema su scala regionale un programma di promozione dell'allattamento al seno coerente al modello raccomandato da WHO UNICEF**	Atto di indirizzo regionale (INDICATORE SENTINELLA)	(1) DGR 2989/2014 - Regole d'Esercizio 2015	Regione	2
1	1.2 1.3 1.4 1.5 1.6 1.7 1.8 1.9	1.2.1 1.3.1 1.4.1 1.5.1 1.6.1 1.7.1-2 1.8.1-2 1.9.1-2	**P3.3** **Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione nei bambini sino al terzo anno attraverso la promozione di "competenze per la salute" nei genitori**	Atti di indirizzo relativi a programma regionale di comunicazione/relazione *evidence based* e *equity oriented* a valenza multifattoriale	0	Regione	1
6	6.1 6.2 6.3 6.4	-					
4	4.1	-					
3	3.1	-					
5	5.3	5.3.1					
9	9.7	9.7.1					
		9.7.2					
2	2.1 2.2	2.1.1 2.2.1	**P3.4** **Messa a sistema dello screening audiologico e dello screening oftalmologico presso tutti i Punti Nascita**	Attivazione flusso dati da Punti Nascita a Regione (INDICATORE SENTINELLA)	0	Regione	1

INDICATORI SENTINELLA

Titolo	**ATS CHE HANNO ATTIVO UN PROGRAMMA INTEGRATO DI PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO AL SENO (COERENTE CON INDICAZIONI REGIONALI)**				
Programma	**3 - PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BAMBINO E DELLA MAMMA NEL PERCORSO NASCITA**				
Azione/Programma	A3.2/P.3.2				
Obiettivo specifico	**Mettere a sistema su scala regionale un programma di promozione dell'allattamento al seno coerente al modello raccomandato da WHO UNICEF**				
Definizione	ATS che hanno attivo un programma integrato di promozione dell'allattamento al seno (coerente con indicazioni regionali)				
Numeratore	n. ATS che hanno attivo un programma di allattamento (coerente con le indicazioni le indicazioni regionali)				
Denominatore	n. ATS				
Formula matematica	n. ATS con programma x 100 n ATS				
Fonte	RILEVAZIONE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2013**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	10% delle ASL	10% delle ASL	15% delle ATS	30% delle ATS	50% delle ATS

Titolo	**SCREENING NEONATALE (AUDIOLOGICO E OFTALMOLOGICO) % DI NUOVI PUNTI NASCITA CHE EFFETTUANO SISTEMATICAMENTE LO SCREENING**				
Programma	**3 - PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL BAMBINO E DELLA MAMMA NEL PERCORSO NASCITA**				
Azione/Programma	A3.6/P.3.4				
Obiettivo specifico	**Mettere a sistema su scala regionale il flusso screening neonatale**				
Definizione	Punti nascita che hanno attivato il flusso screening neonatale				
Numeratore	Punti nascita che hanno attivato il flusso screening neonatale (A)				
Denominatore	Totale punti nascita (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	SISTEMI INFORMATIVI REGIONALI				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	0% delle ASL	0% delle ASL	30% delle ATS	60% delle ATS	100% delle ATS

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET *diretto***	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P3.1	A3.1 Messa a sistema del flusso informativo allattamento attualmente gestito attraverso specifiche survey	Sistema	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa,	
P3.2	A3.2 Attivazione GdL multi professionale per la stesura degli indirizzi regionali (analisi delle esperienze già in essere sul territorio regionale, declinazione di modalità e strumenti di implementazione, monitoraggio, miglioramento, documentazione e valutazione di processo ed esito)	- Sistema, - ATS (DIPS, Dip. ASSI, Comitato Locale Percorso Nascita) - Università - Rappresentanti delle figure professionali (Collegi, Società Scientifiche) - Enti non profit	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa,	
P3.3	A3.3 Attivazione GdL per la stesura del programma regionale di comunicazione *evidence based* e *equity oriented* a valenza multifattoriale e relative modalità di applicazione nei diversi contesti del "percorso nascita"	- Sistema, - ATS (DIPS, Dip. ASSI, Comitato Locale Percorso Nascita) - Università - Rappresentanti delle figure professionali (Collegi, Società Scientifiche) - Enti non profit	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa,	
P3.3	A3.4 Valorizzazione del programma "Nati per leggere" nell'ambito del "percorso nascita", anche attraverso il raccordo con politiche regionali relative al sistema bibliotecario	- Sistema - Società Scientifiche in ambito pediatrico - Centro per la salute del bambino – Trieste	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa,	
P3.2 P3.3	A3.5 Formazione (modelli, strumenti e tecniche di comunicazione, modelli di assistenza/cura basati sulla relazione ed *equity oriented*)	Sistema ATS (Dip. ASSI, DIPS) Punti Nascita	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa,	
P3.4	A3.6 Attivazione GdL tecnico per la messa a sistema dello screening audiologico e dello screening oftalmologico	Sistema Punti Nascita	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A3.1 Attivazione di GdL tecnico per la messa a sistema del flusso informativo attualmente gestito attraverso specifiche survey				
A3.2 Attivazione GdL multi professionale per la stesura degli indirizzi regionali (analisi delle esperienze già in essere sul territorio regionale, declinazione di modalità e strumenti di implementazione, monitoraggio, miglioramento, documentazione e valutazione di processo e esito)				
A3.3 Attivazione di un GdL per la stesura del programma regionale di comunicazione evidence based e equity oriented a valenza multifattoriale e relative modalità di applicazione nei diversi contesti				
A3.4 Valorizzazione del programma "Nati per leggere" nell'ambito del "percorso nascita"				
A3.5 Formazione (modelli, strumenti e tecniche di comunicazione, modelli di assistenza/relazione)				
A3.6 Attivazione GdL tecnico per la messa a sistema dello screening audiologico e dello screening oftalmologico				

P.4 PROGRAMMA: "PROMOZIONE STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE NELLE COMUNITÀ"

Descrizione del programma

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1986 ha lanciato il "Progetto Città Sane" (*Healthy Cities*) con l'obiettivo di migliorare le condizioni di salute della popolazione non solo attraverso l'accesso a servizi sanitari di buona qualità, ma anche mobilitando a livello locale, nei contesti urbani, soggetti sociali privati e pubblici, singoli e collettivi, al fine di costituire un movimento per accelerare il processo di promozione della salute.

Questa strategia, affermata nei documenti programmatici OMS di "Salute 2020", dal Programma Nazionale "Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari" (DPCM 22 maggio 2007) e nel PNP 2014 – 2018, pone quali temi centrali la salute e la qualità della vita, da perseguire, per quanto attiene il ruolo diretto del sistema sanitario, tramite la costruzione di forti sinergie fra le politiche per la salute e altre strategie chiave in particolare quelle riferite al territorio e al sociale (pianificazione urbana, casa e rigenerazione urbanistica, trasporti, incolumità e sicurezza, servizi, ecc.), nonché ai processi di *empowerment* attraverso la partecipazione dei cittadini singoli o organizzati al dibattito pubblico sulle scelte per la città.

Tutti gli attuali indirizzi OMS, nonché di programmazione europea *(innovazione sociale, invecchiamento attivo, pianificazione urbanistica, ecc.)* sottolineano l'importanza di processi di sviluppo fisico ed economico, attento all'equità, alla sostenibilità e all'implementazione del capitale sociale nelle comunità locali quali elementi essenziali alla creazione di contesti di vita favorevoli alla salute.

Il Programma "Promozione di stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità" si colloca in tale cornice culturale, alla luce delle azioni intersettoriali - cioè sinergiche tra politiche e prassi organizzative diverse - avviate nell'ambito del PRP 2010-2013, con Enti Locali, Enti no profit, in particolare nella promozione di uno stile di vita attivo e di una corretta alimentazione, definite anche attraverso specifici Atti di Intesa (vedi Capitolo " Accountability …").

Il Programma valorizza ed integra le politiche regionali di area sanitaria, socio – sanitaria e sociale, così come previsto dalla DGRX/2989/2014 – Regole d'Esercizio 2015, e proprio per le caratteristiche di trasversalità trova punti di interconnessione operativa con le Reti Territoriali di Conciliazione e con i Programmi:

- P1 "Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro"
- P2 "Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS/SHE Lombardia"
- P3 "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita"
- P5 "Screening oncologici"
- P6 "Prevenzione della cronicità"
- P7 "Rete regionale per la prevenzione delle dipendenze"

Sintesi delle principali evidenze di efficacia e/o BP validate di riferimento

Uno stile di vita attivo, favorito e accompagnato da un parallelo sviluppo eco-sostenibile dell'ambiente in cui viviamo (ideato e messo in atto attraverso opportuni piani urbanistici), non solo aiuta a prevenire tutte quelle patologie collegate a comportamenti poco salutari (si pensi alle malattie cardiovascolari) ma presenta pure un effetto di ricaduta positiva, in termini di risparmio, sul piano economico[1]. L'azione di promozione della Salute per essere efficace deve essere pertanto intersettoriale ed essere in grado di orientare e coordinare le scelte locali attivate da enti non sanitari[2]. In tal senso l'OMS ha promosso l'attivazione dell'*European Healthy Cities Network*[3]: una Città Sana *deve essere, prima d'ogni altra cosa, una città per tutti i cittadini, inclusiva, pronta al sostegno, sensibile e capace di rispondere alle diverse necessità e aspettative e in grado di offrire servizi per tutti e attuare politiche di inclusione sociale, cittadinanza attiva e alfabetizzazione della salute; una Città Sana offre e costruisce ambienti*

fisici che contribuiscono alla salute, allo svago e al benessere, alla sicurezza, all'interazione sociale, alla mobilità facile, al senso di orgoglio e appartenenza culturale. L'appartenenza alla rete ha favorito investimenti nelle politiche locali orientate al miglioramento della salute, al superamento delle disuguaglianze e al miglioramento del benessere[3]. Infatti, è consolidata[4] l'evidenza tra la comunità di vita e le aspettative di salute, numerose esperienze[5-6] stanno confermando e continuamente rilanciando ulteriori evidenze di efficacia di un'azione di comunità in grado di sostenere processi di salute delle persone appartenenti alla comunità stessa. Anche esperienze locali[7] hanno dimostrato la sostenibilità di un approccio pragmatico in grado di inserire azioni concrete ed efficaci (gruppi di cammino, pedibus, scale per la salute) o programmi di rete (scuole, luoghi di lavoro) nell'ambito di politiche intersettoriali per il miglioramento della salute.

Bibliografia:

1. Global Advocacy for Physical Activity. The Toronto Charter for Physical Activity: a global call for action. http://www.globalpa.org.uk (accessed June 20, 2011).
2. World Health Organization, The WHO Centre for Health Development. (2011). Intersectoral action on health: A path for policy-makers to implement effective and sustainable action health. Kobe, Japan: Author. Scaricato da: http://www.who.int/entity/kobe_centre/publications/ISA-booklet_WKC-AUG2011.pdf
3. WHO. Healthy cities Promoting health and equity – evidence for local policy and practice. 2014; http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health
4. https://sustainabledevelopment.un.org/agenda21text.htm
5. http://www.communitiesthatcare.net/
6. https://sociale.regione.veneto.it/web/spazio-europa/progetti?p_p_id=62_INSTANCE_Qq63&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-3&p_p_col_count=1&_62_INSTANCE_Qq63_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_Qq63_curPage=1&_62_INSTANCE_Qq63_groupId=470239&_62_INSTANCE_Qq63_articleId=470339&_62_INSTANCE_Qq63_version=1.0
7. Coppola L, Zuffada R. Promoting physical activity: an inter-sectorial activity between health and spatial planning. Urban Izziv, thematic issue, 2015,1

Obiettivo generale

Il Programma "Promozione di stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità" si caratterizza per la forte valenza innovativa in relazione all'obiettivo di disegnare una strategia di scala regionale finalizzata a supportare lo sviluppo di comunità locali favorevoli alla salute, a partire dal *know how* e dall'implementazione di quanto in essere in relazione al PRP 2010-2013 nonché mediante lo sviluppo di nuove alleanze ed iniziative intersettoriali e la valorizzazione di esperienze locali attivate da Comuni aderenti al network "Città Sane –OMS".

L'obiettivo generale del Programma è declinato su obiettivi specifici ed azioni che puntano in particolare a rafforzare, sviluppare:

- competenze professionali in area sanitaria, socio-sanitaria e sociale nella funzione di *advocacy* per la salute nei programmi di comunità
- *capacity building*, in relazione ad efficacia, equità e sostenibilità delle azioni sviluppate dai Comuni
- alleanze tra Enti Pubblici, Enti profit e no Profit per lo sviluppo di comunità locali favorevoli alla salute e di azioni condivise di welfare territoriale
- la sostenibilità organizzativa attraverso il miglioramento degli strumenti di documentazione e valutazione di processo ed esito degli interventi

Setting

Il Programma impatta sulle politiche dei Comuni e si sviluppa nei diversi contesti di vita delle comunità locali

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Il programma è fortemente caratterizzato da un approccio intersettoriale, la valenza multisettoriale è determinata dall'innovativa azione di raccordo tra politiche di promozione e

prevenzione di area sanitaria, socio – sanitaria e sociale, in tale contesto sono quindi definibili *portatori di interesse*: il Sistema regionale nei diversi ambiti di programmazione, Enti Locali con i relativi Piani di Zona, Imprese, Associazioni di rappresentanza di categoria, Enti no profit, Università (in particolare in relazione a modelli innovativi di processi partecipati e di valutazione di impatto), Rete Città Sane OMS.

Nell'ambito dell'azione trasversale Il riferimento a politiche urbanistiche, di inclusione, e la collaborazione con il network Città Sane – OMS, il coinvolgimento a largo spettro delle comunità, mette alla prova la capacity building delle ATS: si tratta non solo di attivare progetti spot, ma di coinvolgere i principali attori del territorio nel costruire la salute. La Scuola ricopre il ruolo di elemento chiave per attivare le comunità e viceversa: ad esempio i pedibus possono essere condotti da associazioni di anziani favorendo al contempo attività fisica in anziani e giovani."

Obiettivi specifici e indicatori							
MOC	**Obiettivo centrale**	**Indicatore Obiettivo Centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore Baseline**	**Fonte**	**Valore atteso 2018**
1	1.9	1.9.1-2	**P4.1** **Sviluppare sinergia con i Comuni e le Associazioni al fine di incrementare l' l'offerta di azioni, basate su evidenze di efficacia e equità oriented, che favoriscono uno stile di vita attivo su target specifici**	Proporzione di Comuni che hanno attivato Gruppi di cammino (INDICATORE SENTINELLA)	424 pari al 27% dei comuni (2013)	Regione (Survey DG Welfare)	>500 pari al 31% dei comuni
5	5.2	5.2.1					
6	6.2	6.2.1					
1	1.2 1.3 1.6 1.7 1.8	1.2.1 1.3.1 1.6.1 1.7.1 1.8.1	**P4.2** **Sviluppare un percorso intersettoriale finalizzato ad incrementare l'offerta di alimentazione salutare nel pasto fuori casa (bar, ristoranti, ecc.) e la diffusione di "*baby pit stop*" in aree commerciali**	Presenza di Intese formalizzato con soggetti target (Associazioni di categoria) su scala regionale (INDICATORE SENTINELLA)	0	Regione	1
1	1.3 1.9	1.3.1 1.9.1-2	**P4.3** **Sostenere strategie intersettoriali innovative ed equity oriented in tema di *"invecchiamento attivo e in buona salute", anche mediante* partecipazione a progetti di ricerca/azione dedicati con riferimento a politiche urbanistiche, di inclusione,ecc. e la collaborazione con il network Città Sane - OMS.**	Atti di indirizzo Formale documentazione relativa a percorsi e/o progettualità dedicate	1	Regione	2
3	3.1	-					
4	4.1	-					
5	5.2 5.3	-					
6	6.2 6.4	6.2.1 6.4.1					
8	8.3	8.3.1					
1	1.3	1.3.1	**P4.4** **Promuovere competenze negli operatori del Sistema Sanitario, Socio- Sanitario e Sociale**	Percorso formativo su scala regionale	0	Regione (Database Éupolis)	1
3	3.1	-					
4	4.1	-					
5	5.2 5.3	-					
6	6.2 6.3	-					
8	8.3	-					
1	1.3	1.3.1	**P4.5** **Promuovere e sostenere alleanze pubblico-private per lo sviluppo di azioni orientate al miglioramento della salute della comunità**	Presenza di documentazione descrittiva delle azioni (esiti/impatti) su scala regionale (INDICATORE SENTINELLA)	0	Regione (Fonte DG Famiglia)	1

INDICATORI SENTINELLA

Titolo	**COMUNI CHE HANNO ATTIVATO GRUPPI DI CAMMINO**				
Programma	**4 - PROMOZIONE STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE NELLE COMUNITÀ**				
Azione/Programma	A4.1/P.4.1				
Obiettivo specifico	**Sviluppare sinergia con i Comuni e le Associazioni al fine di incrementare l'offerta di azioni, basate su evidenze di efficacia e equità *oriented*, che favoriscono uno stile di vita attivo su target specifici**				
Definizione	Proporzione di Comuni che hanno attivato Gruppi di cammino				
Numeratore	n. comuni con gruppo di cammino (A)				
Denominatore	n. comuni (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	DATABASE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	30% dei Comuni (circa 450 Comuni)	30% dei Comuni	31% dei Comuni	32% dei Comuni	33% dei Comuni

Titolo	**MENSE ORIENTATE ALLA SANA ALIMENTAZIONE**				
Programma	**4 - PROMOZIONE STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE NELLE COMUNITÀ**				
Azione/Programma	A4.4 e A4.1 / P4.5, P4.1, P4.2				
Obiettivo specifico	**Aumentare il consumo di frutta e verdura, ridurre il consumo di sale e contrastare la carenza iodica**				
Definizione	Monitoraggio di mense orientate che offrono sistematicamente pane a basso contenuto di sale				
Numeratore	Capitolati di mense di strutture scolastiche, strutture sanitarie e sociosanitarie e aziendali che offrono sistematicamente pane a basso contenuto di sale (A)				
Denominatore	Totale mense scolastiche, strutture sanitarie e sociosanitarie e aziendali (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	RILEVAZIONE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	Non concosciuto	10%	12%	15%	18%

Titolo	**ATTIVITÀ FISICA NELLA POPOLAZIONE ADULTA**				
Programma	**4 - PROMOZIONE STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE NELLE COMUNITÀ**				
Azione/Programma	A4.4 e A4.1 / P4.5, P4.1, P4.2				
Obiettivo specifico	**Aumentare l'attività fisica nella popolazione adulta**				
Definizione	Aziende della rete WHP che hanno attivato buone pratiche in tema di attività fisica				
Numeratore	N° di Aziende della rete WHP che hanno attivato buone pratiche in tema di attività fisica (A)				
Denominatore	Totale Aziende della rete WHP (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	RILEVAZIONE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	35%	38%	40%	40%	45%

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET** ***(diretto)***	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P4.1 P4.2	A4.1 Attivazione tavoli di lavoro per l'analisi di Buone Pratiche esistenti, definizione dei contenuti del programma secondo criteri di sostenibilità, modalità di sperimentazione, implementazione e valutazione	Sistema ATS (DIPS, Dip. ASSI, Dip. Dipendenze) Associazioni di categoria Associazioni di promozione sociale e sportiva Aziende Rete WHP Comuni Rete Città Sane - OMS Altre Regioni Enti no profit	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa,	-
P.4.3	A4.2 Attivazione di Accordi di collaborazione con Università e Reti, partecipazione a Programmi di ricerca azione in ambito Europeo (Interreg Spazio Alpino, Europe, Public Health, ecc.) e nazionale (CCM, ecc.),sviluppo della partecipazione in essere all'European Innovation partnership for an Active and Healthy Ageing (EIP-AHA)	Sistema ATS Università Altre Regioni Comuni Reti	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P4.4 P4.5	A4.3 Formazione	Sistema ATS (DIPS, Dip. Dipendenze, Dip. ASSI)	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa,	
	A4.4 Formazione congiunta e integrata con soggetti della Comunità Locale, rilevazione delle Buone Pratiche, documentazione delle nuove azioni	Sistema ATS (DIPS, Dip. Dipendenze, Dip. ASSI) Comuni Enti no profit e profit	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A4.1 Attivazione tavoli di lavoro per l'analisi di Buone Pratiche esistenti, definizione dei contenuti del programma secondo criteri di sostenibilità, modalità di sperimentazione, implementazione e valutazione				
A4.2 Attivazione di Accordi di collaborazione con Università, Reti, partecipazione a Programmi di ricerca azione in ambito Europeo (Interreg Spazio Alpino, Europe, *Public Health*, ecc.) e nazionale (CCM, ecc.), sviluppo della partecipazione in essere all*'European Innovation partnership for an Active and Healthy Ageing* (EIP-AHA)				
A4.3 A4.4 Formazione				

P.5 PROGRAMMA: "SCREENING ONCOLOGICI"

Descrizione del programma

L'offerta di screening oncologico in Regione Lombardia prevede attualmente l'attivazione delle seguenti linee di screening:

- tumore alla mammella = una mammografia bilaterale con cadenza biennale alla popolazione femminile tra i 50 e i 69 anni;
- tumore al colon retto = un test del sangue occulto nelle feci con cadenza biennale alla popolazione tra i 50 e i 69 anni;
- tumore alla cervice uterina (offerta differenziata):

I tre programmi di screening sono regolati da appositi atti di indirizzo regionale che garantiscono uniformità nella erogazione e rispetto delle principali evidenze scientifiche: DDG 32012/2001 (linee guida per lo screening del carcinoma della mammella); DDG 26954/2000 (Linee guida generale per lo screening del carcinoma della cervice uterina); DDG 25854/2004 (linee guida per lo screening del carcinoma del colon-retto), DDG 7248/2007 (raccomandazioni per la qualità), DGR X/3003/2015 (Avvio del percorso per l'implementazione HPV DNA test).

I programmi di screening colon-rettale e mammografico sono presenti a regime su tutto il territorio lombardo (estensione >90%), la copertura della popolazione target (donne 50-69 anni) per lo screening mammografico è pari al 51%, per lo screening colon rettale (popolazione 50-69 anni) la copertura è pari al 44%, mentre lo screening per la cervice uterina è attivo in 5 ex-ASL (estensione 22%) con una copertura pari al 10%. Considerando complessivamente le prestazioni di prevenzione (screening e al di fuori dello screening) si osserva che per il colon retto esiste ancora una quota importante di popolazione tra i 50 e i 69 anni (4 persone su 10) che non ha effettuato un esame di prevenzione negli ultimi 2 anni, per mammella e cervice uterina tale quota è ridotta a 2 donne su 10.

Dal punto di vista della qualità dei programmi di screening è da segnalare come i diversi indicatori di processo rispettano nella maggior parte dei casi gli standard di riferimento (ad esempio completezza delle colonscopie, tempi di attesa, *compliance* alla colposcopia), in altri casi sono presenti spazi di miglioramento (ad esempio tasso di approfondimento nello screening mammografico). Da segnalare che per i programmi di screening mammografico e colon retto è a regime una analisi annuale dei cancri di intervallo e dei cancri in stadio avanzato.

Dal punto di vista organizzativo i programmi di screening sono gestiti da unità organizzative ("centri screening") presenti in ogni ATS che annualmente contrattano (e verificano) con gli erogatori del territorio (Aziende Ospedaliere pubbliche o privati accreditati) i volumi e i requisiti di qualità della erogazione delle prestazioni di screening (ad eccezione dei consultori e dei laboratori di sanità pubblica che fanno riferimento alle ATS). La rendicontazione delle prestazioni di screening avviene da parte delle ATS verso Regione con un apposito flusso informatizzato di dati a record individuale (flusso screening). Regione Lombardia svolge ruolo di indirizzo e controllo di prestazioni e performances di screening.

Sintesi delle principali evidenze di efficacia e/o BP validate di riferimento

L'erogazione di attività di screening organizzati per la prevenzione delle patologie oncologiche rappresentano una importante azione di sanità pubblica, la cui applicabilità deve essere validata attraverso la soddisfazione degli ancor validi principi di Wilson-Jungner (rivisti ed ampliati nel 1968 dal WHO)[1].

In merito allo screening mammografico, grazie anche all'attuale dibattito per la valutazione del rapporto tra effetti positivi dello screening mammografico (riduzione della mortalità specifica) ed effetti negativi (sovra diagnosi e sovra trattamento) il WHO ha redatto un *position paper* che convalida lo screening mammografico come efficace e sostenibile per la riduzione

della mortalità per tumore al seno (a condizione del rispetto di criteri qualitativi nella erogazione del programma di screening) ed in tal senso raccomanda, in contesti con alte risorse e con un servizio sanitario organizzato, l'erogazione di un programma di screening mammografico per le donne 50-69 anni con chiamata biennale[2]. Da segnalare inoltre il position *paper* ministeriale in merito al fenomeno dei cancri di intervallo e alla formazione dei professionisti dello screening [3]. Lo screening mammografico risulta di interesse anche per le innovazioni tecnologiche che potrebbero permettere un miglioramento delle performances attraverso l'utilizzo della tomosintesi[4-5-6]. Altra tematica di interesse è la definizione di percorsi efficaci ed efficienti per l'individuazione ed il monitoraggio di donne ad alto rischio eredo familiare: sono presenti evidenze che definiscono vantaggioso l'attutare programmi di monitoraggio[7].

In merito allo screening cervicale l'introduzione della metodologia di ricerca del HPV-DNA è ormai considerata come quella più efficace per diminuire mortalità ed incidenza del tumore della cervice uterina[8-9-10]. In merito allo screening colon rettale le principali evidenze sono sintetizzate nelle recenti linee guida europee[11] che validano l'utilizzo del test del sangue occulto delle feci per ridurre la mortalità con efficacia pari rispetto all'utilizzo della colonscopia di screening. Analogamente al percorso mammografico è importante la riflessione e l'analisi dei percorsi di qualità e di formazione con particolare attenzione ai cancri di intervallo[12].

Bibliografia:

1. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. WHO Chronicle 1968;22(11):473
2. WHO. (2014). WHO position paper on mammography screening (p. 82). Switzerland. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137339/1/9789241507936_eng.pdf?ua=1&ua=1 ultimo accesso 25 aprile 2015
3. Ministero della Salute. PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO: ERRORI INTERPRETATIVI SUPPOSTI NELLA LETTURA DELLA MAMMOGRAFIA e CANCRI INTERVALLO (pp. 1–20). (2008).
4. Friedewald SM, Rafferty EA, Rose SL, et al. Breast cancer screening using tomosynthesis in combination with digital mammography. JAMA 2014;311:2499-507.
5. Kopans DB. Digital breast tomosynthesis from concept to clinical care. AJR Am J Roentgenol 2014;202:299-308.
6. Ciatto S, Houssami N, Bernardi D, et al. Integration of 3D digital mammography with tomosynthesis for population breast- cancer screening (STORM): a prospective comparison study. Lancet Oncol 2013;14:583-9.
7. Hilgart, J., Coles, B., & Iredale, R. Cancer genetic risk assessment for individuals at risk of familial breast cancer (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (2). (2012).
8. Ronco, G., Accetta, G., Angeloni, C., Arbyn, M., Barzon, L., Biggeri, A., … Rossi, P. G. (2012). Ricerca del dna di papillomavirus umano (hpv) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino. Epidemiol Prev, 36(suppl 1), 1–72.
9. Saslow, D., Solomon, D., Lawson, H. W., Killackey, M., Kulasingam, S. L., Cain, J., … Moscicki, A. (2012). American Cancer Society , American Society for Colposcopy and Cervical Pathology , and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer, 62(3), 147–172. http://doi.org/10.3322/caac.21139.
10. Ministero per la Salute Documento di indirizzo sull'utilizzo dell'HPV-DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero (nota prot. n. 1068-P-14.01.2013 della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute)
11. Segnan, N., Patnick, J., & Von Karsa, L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. (E. Commission, Ed.). (2010) .
12. GISCOR. " Rilevazione dei cancri di intervallo e stima della sensibilità dei programmi di screening colonrettale. Manuale operativo" a cura di: Gruppo di lavoro GISCoR sui cancri di intervallo e la stima della sensibilità Epidemiol Prev 2013; 37(2-3) marzo-giugno supplemento 1)

Obiettivo generale

I programmi di screening hanno l'obiettivo di diminuire la mortalità specifica e l'incidenza delle patologie tumorali di colon, mammella e cervice uterina. Hanno altresì l'obiettivo di facilitare l'accesso ad una prestazione di prevenzione a tutta la popolazione e gestire l'offerta delle prestazioni di prevenzione con criteri di appropriatezza.

Nell'ambito del presente Piano l'obiettivo generale del Programma, è declinato su obiettivi specifici ed azioni che, sviluppati con un approccio integrato tra area sanitaria ed area socio-sanitaria e sociale così come previsto dalla DGR X/2989/2014 – Regole d'Esercizio 2015,

puntano in particolare a:

- implementare la copertura di popolazione che effettua regolarmente prestazioni di prevenzione oncologica nell'ambito dei programmi di screening
- sostenere appropriatezza, in termini di efficacia, sostenibilità equità, nella erogazione delle prestazioni di screening e di prevenzione
- promuovere l'aumento di competenze e di processi integrati multi professionali e interdisciplinari tra gli operatori del sistema
- attivare il programma regionale di screening della cervice uterina con HPV-DNA test

Setting

Il Programma è sviluppato con funzioni di coordinamento dai Centri Screening delle ATS e con funzione di erogazione dagli erogatori sanitari pubblici (ASST) e privati del territorio regionale con il coinvolgimento della medicina di base, delle Associazioni di pazienti e delle Università.

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Gli screening rappresentano un percorso sanitario con caratteristiche di appropriatezza ed efficacia che il sistema sanitario e socio-sanitario regionale mette a disposizione dei residenti con un forte approccio multisettoriale (prevenzione, clinica, ecc.) e interdisciplinare, il carattere intersettoriale del programma appartiene alla dimensione della comunicazione e dell'informazione che vede il coinvolgimento di Enti no profit.

Obiettivi specifici e indicatori							
MOC	**Obiettivo centrale**	**Indicatore Obiettivo Centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore Baseline**	**Fonte**	**Valore atteso 2018**
1	1.12	1.12.1	**P5.1** **Garantire una corretta gestione delle anagrafiche dei residenti attraverso le banche dati anagrafiche regionali e la disponibilità di volumi di prestazioni erogabili per gli screening**	Tasso di estensione (INDICATORE SENTINELLA)	cervice 22% mammella 95% colon retto 92%	Ministero Salute (Survey 2013 – su dati 2012)	95%
1	1.13	1.13.1	**P5.2** **Sostenere l'adesione agli screening attraverso la sensibilizzazione dei pazienti e la razionalizzazione dell'offerta sanitaria**	Tasso di copertura degli screening	cervice 10% mammella 51% colon retto 44%	Ministero Salute (Survey 2013 – su dati 2012)	cervice 50% mammella 55% colon retto 50%
1	1.14	1.14.1	**P5.3** **Aggiornare le Linee guida regionali per lo screening della cervice uterina**	Presenza di Linee guida regionali aggiornate	0	Atti	1
1	1.14	1.14.2	**P5.4** **Messa a sistema dello screening della cervice uterina con HPV-DNA test**	Percentuale di ATS che hanno attivato HPV DNA test	1 su 15	Flusso regionale	100%
1	1.15	1.15.1 1.15.2	**P5.5** **Definire indirizzi regionali in relazione a al tumore al seno eredo familiare, e relativa adozione su tutto il territorio**	Presenza documento di indirizzo regionale	0	Regione	1
1	1.13	1.13.1	**P5.6** **Miglioramento qualitativo e reingegnerizzazione dei percorsi di screening mammografico**	Aggiornamento delle linee guida per lo screening del cancro alla mammella	0	Regione	1
1	1.13	1.13.1	**P5.7** **Miglioramento qualitativo dei percorsi di screening colon rettale**	Aggiornamento delle linee guida per lo screening del cancro al colon retto	0	Regione	1

INDICATORI SENTINELLA

Titolo	**TASSO DI ESTENSIONE SCREENING CERVICE UTERINA, MAMMELLA, COLON RETTO**				
Programma	**5 - SCREENING ONCOLOGICI**				
Azione/Programma	A5.1.1-.2/P.5				
Obiettivo specifico	P5.1 **Garantire una corretta gestione delle anagrafiche dei residenti attraverso le banche dati anagrafiche regionali e la disponibilità di volumi di prestazioni erogabili per gli screening**				
Definizione	Persone in fascia target, al netto delle esclusioni pre-invito, invitata partecipazione allo screening				
Numeratore	n. di Invitati al netto degli inesitati				
Denominatore	Pop. target al netto degli esclusi pre invito				
Formula matematica	n. di Invitati al netto degli inesitati / Pop. target al netto degli esclusi pre invito x 100				
Fonte	Survey ministeriali attività 2012 (*survey* 2013 - estensione)				
Regione Lombardia	**Baseline 2013**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	- cervice 22% - mammella 95% - colon retto 92%	- cervice 15% - mammella 95% - colon retto 95%	- cervice 50% - mammella 95% - colon retto 95%	- cervice 75% - mammella 95% - colon retto 95%	- cervice 95% - mammella 95%; - colon retto 95%

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET *diretto***	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P5.1	A5.1 Miglioramento della integrazione tra anagrafiche di screening e database delle banche dati regionali	Sistemi informativi regionali, sistemi informativi ATS, centri screening ATS	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
P5.2	A5.2 Integrazione, mediante strumenti di formazione ed indirizzo, con la medicina di base (MMG) per la presa in carico del ruolo di orientamento dei pazienti nei percorsi di screening	Sistema Medicina di base	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
P5.2	A5.3 Stipula protocolli d'Intesa con associazione di pazienti e altri soggetti di promozione sociale/volontariato per lo sviluppo di azioni di comunicazione efficace, corretta ed equity oriented in tema di screening oncologici	Sistema Associazione di pazienti e altri soggetti di promozione sociale/volontariato (LILT, Salute Donna, ecc)	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P5.2	A5.4 Definizione e diffusione di modelli operativi finalizzati a veicolare l'informazione e l'accesso ai programmi di screening alle popolazioni target che insistono nel setting scolastico e luoghi di lavoro	Sistema ATS (DIPS, Dip. ASSI, Centri screening)	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P5.2	A5.5 Predisposizione di materiali di comunicazione fondati su criteri di scientificità*, marketing* sociale ed *equity oriented*, e relativo piano di diffusione omogeneo su scala regionale anche attraverso strumenti di web2.0	Sistema Centri screening ATS, Associazioni, Cittadini	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	

P5.3	A5.6 Attivazione di un tavolo di lavoro per la stesura delle linee guida (cliniche ed organizzative) per la messa a sistema dello screening della cervice uterina mediante HPV DNA test	Sistema Centri Screening ATS, Laboratori, Rappresentanti delle figure sanitarie coinvolte (anatomo-patologi, ginecologi, ostetriche, infermieri, assistenti sanitari, ecc.)	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P5.4	A5.7 Formazione	Operatori Centri Screening ATS, Laboratori, Erogatori, Clinici	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P5.5 P5.6 P5.7	A5.8 Formazione e attivazione gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento continuo dell'appropriatezza (qualità, innovazione, valutazione, comunicazione) delle prestazioni di 1° e 2°livello e finalizzati alla definizione e implementazione di un percorso dedicato alla presa in carico della problematica del carcinoma eredo familiare della mammella	Sistema Operatori dei "percorsi di screening" (radiologi, tecnici di radiologia, anatomo patologi, fisica medica, endoscopisti, infermieri, ostetriche, epidemiologi, igienisti , responsabili comunicazione, risk manager, ecc.)	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P5.1 P5.2 P5.4 P5.6 P5.7	A5.9 Estensione a tutto il territorio regionale del programma di Audit "*Precede-Proceed*" (sperimentato da tre ex-ASL nell'ambito del Progetto CCM – AGENAS *"Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e no")*	Sistema ATS (Centri Screening), ASST (Consultori e altre UO cliniche coinvolte)	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A5.1 Miglioramento della integrazione tra anagrafiche di screening e database delle banche dati regionali				
A5.2 Integrazione, mediante strumenti di formazione ed indirizzo, con la medicina di base (MMG)				
A5.3 Stipula protocolli d'Intesa con associazione di pazienti e altri soggetti di promozione sociale/volontariato				
A5.4 Definizione e diffusione di modelli operativi finalizzati a veicolare l'informazione e l'accesso ai programmi di screening alle popolazioni target che insistono nel setting scolastico e luoghi di lavoro				
A5.5 Predisposizione di materiali di comunicazione fondati su criteri di scientificità, *marketing sociale ed equity oriented (Health literacy*), e relativo piano di diffusione omogeneo su scala regionale anche attraverso strumenti web 2.0				
A5.6 Attivazione di un tavolo di lavoro per la stesura delle linee guida (cliniche ed organizzative) per la messa a sistema dello screening della cervice uterina mediante HPV DNA test				
A5.7 Formazione				
A5.8 Formazione e attivazione gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento continuo dell'appropriatezza delle prestazioni di primo e secondo livello				
A5.9 Estensione a tutto il territorio regionale del programma di Audit "*Precede-Proceed*"				

P.6 PROGRAMMA: "PREVENZIONE DELLA CRONICITA'"

Descrizione del programma

Come indicato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 in riferimento alle strategie di prevenzione individuale delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) "*La prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e intermedi può essere perseguita mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi*", in tal senso il Programma "Cronicità" si raccorda con l'emanando "Piano d'azione triennale per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2015-2018", che fornisce indirizzi operativi per promuovere su tutto il territorio regionale un modello di erogazione integrata dei servizi (sanitari e socio-sanitari).

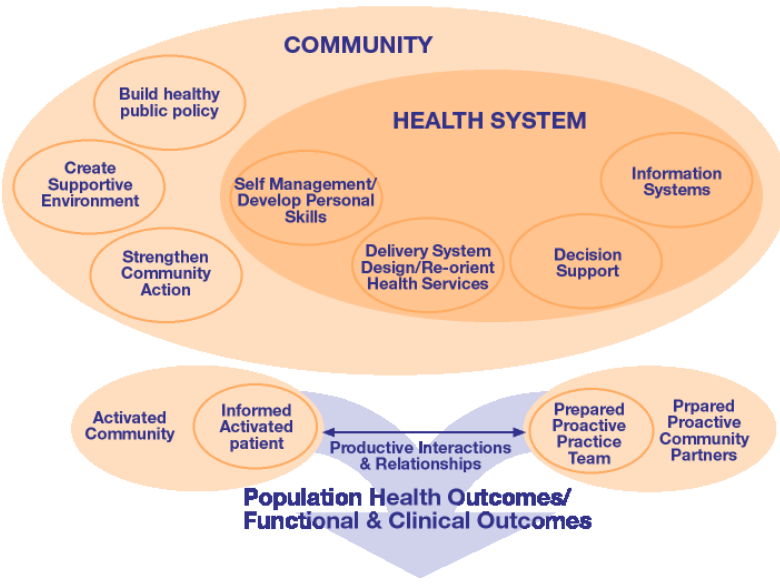
Detto Piano definisce la strategia regionale pluriennale (così come previsto dalle DGR X/2989/2014 - Regole d'Esercizio 2015- e delineato dal "Libro Bianco sullo Sviluppo del Sistema Sociosanitario in Lombardia"), per affrontare la cronicità, centrata sulla persona - e non sulla malattia o sulle strutture - secondo una visione sistemica capace di ricomporre in una programmazione unitaria ed integrata l'attuale frammentazione dei servizi forniti al malato, garantendo continuità nell'accesso alla rete dei servizi, nonché integrazione e raccordo tra MMG, operatori territoriali, specialisti, il mondo ospedaliero e dei servizi socio-sanitari e sociali.

In tale contesto particolare importanza è data allo sviluppo di una nuova relazione di cura tra il medico e la persona, orientata al successo di prevenzione e cura delle condizioni croniche attraverso gli strumenti del self management e dell'*empowerment* del paziente.

Il Programma "Prevenzione della cronicità" si colloca in tale contesto ed è teso a raccordare, pur nell'evidenza delle rispettive specificità operative, strategie di promozione della salute nelle comunità e interventi di prevenzione rivolti all'individuo, rappresentando quindi il percorso "ponte" tra strategie di Sanità Pubblica e di Cure Primarie.

Sintesi delle principali evidenze di efficacia e/o BP validate di riferimento

L'impatto delle patologie croniche sulla salute può essere affrontato con un modello organizzativo (*Expanded Chronic Care Model*) in grado non solo di prendersi cura del paziente attraverso un importante ruolo della medicina territoriale ma anche di attivare percorsi intersettoriali di promozione della salute nelle comunità[1].



Fonte: British Columbia Ministry of Health – U.S.

E', infatti, importante che il paziente possa vivere in un contesto che faciliti l'adozione di appropriate pratiche sanitarie e contestuali stili di vita favorevoli alla salute[2]. Inoltre, la presenza di una organizzazione in grado di farsi carico per lunghi periodi dei problemi sanitari legati agli stili di vita (come l'obesità) può avere effetti positivi nella diminuzione del rischio[3]. In questo contesto è importante sottolineare la presenza dello strumento del "counselling breve" somministrato da sanitari in contesti opportunistici che può avere effetti positivi sulla cessazione da tabacco e sul miglioramento dello stile alimentare e dell'attività fisica[4].

Bibliografia:

1. Barr VJ , Robinson S et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73-82. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674182
2. Wagner EH, Bennett SM et al. Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. J Altern Complement Med. 2005;11 Suppl 1:S7-15. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16332190
3. Flynn MA, McNeil DA et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. Obes Rev. 2006 Feb;7 Suppl 1:7-66. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16371076
4. Regione Lombardia. *Il counseling motivazionale breve nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute: lo strumento e i setting opportunistici*. 2013. http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/

Obiettivo generale

Il Programma "Prevenzione della cronicità" ha l'obiettivo di implementare l'offerta di approccio comportamentale (*counselling*) o farmacologico alle persone con fattori di rischio per MCNT nell'ambito delle attività di sistema per la presa in cura delle persone con malattie croniche in stadio iniziale, non complicate, mediante azioni prevenzione primaria e secondaria.

Il programma si sviluppa in continuità con gli indirizzi regionali in tema di "*counselling* motivazionale breve" nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute *("IL "COUNSELLING MOTIVAZIONALE BREVE" NELLA PROMOZIONE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE: LO STRUMENTO E I SETTING "OPPORTUNISTICI" Regione Lombardia - DG Salute novembre 2013")* di cui al PRP 2010-2012, valorizzando il *know how* frutto delle attività realizzate dalle ATS e dagli Accordi con altri settori (vedi Capitolo " *Accountability* …").

Si raccorda di con i Programmi:

P1 "Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro"
P2 "Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS/SHE Lombardia"
P3 "Promozione allattamento al seno e percorso nascita"
P4 "Promozione stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità"
P5 "Screening oncologici"
P7 "Rete regionale per la prevenzione delle dipendenze"
P8 "Prevenzione, sorveglianza e controllo malattie infettive"

Nell'ambito del presente Piano l'obiettivo generale del Programma è declinato su obiettivi specifici ed azioni che puntano in particolare a rafforzare, sviluppare:

- integrazione di sistema (multisettorialità) tra modelli di Sanità Pubblica (promozione e prevenzione) e di Cure Primarie (diagnosi e trattamento)
- copertura di popolazione target (fattori di rischio/stadio iniziale MCNT) che fruisce dell'offerta di approccio comportamentale (*counselling*)
- appropriatezza, in termini di efficacia, sostenibilità, multiprofessionalità dell'offerta

Setting:

Il Programma "Prevenzione della cronicità" si sviluppa nell'ambito dei contesti di prevenzione, assistenza e presa in cura del Sistema Sanitario e Socio Sanitario regionale (Cooperative di

MMG; Centri Socio Sanitari Territoriali e i Presidi Ospedalieri Territoriali, percorsi ospedalieri per i pazienti cronici, RSA aperta, ambiti di prevenzione, altri contesti "opportunistici").

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Il programma si caratterizza per il forte approccio multisettoriale, cioè l'azione di integrazione culturale ed operativa tra modelli di Sanità Pubblica (promozione e prevenzione) e di Cure Primarie (diagnosi, trattamento, assistenza), in tale contesto sono quindi definibili *portatori di interesse* tutti gli operatori del sistema (Medici, Infermieri, ecc.), nonché le Società Scientifiche e le Associazioni Professionali. Il carattere intersettoriale è invece determinato dal coinvolgimento di associazioni di pazienti e di cittadini impegnati sulle tematiche della partecipazione alle scelte di salute.

Obiettivi specifici e indicatori							
MOC	**Obiettivo centrale**	**Indicatore Obiettivo Centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore Baseline**	**Fonte**	**Valore atteso 2018**
1	1.10	1.10.1	**P6.1** **Definire modello di diagnosi precoce di condizioni di rischio aumentato per MCNT (target 45-60) e relativa attivazione nell'ambito del "Piano d'azione triennale per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2015-18"**	Presenza di indirizzi regionali (INDICATORE SENTINELLA)	0	Regione	1
1	1.10	1.10.2 1.10.3 1.10.4 1.10.5 1.10.6	**P6.2** **Aumentare l'offerta di approccio comportamentale (*counselling*) alle persone con fattori di rischio per MCNT nell'ambito delle attività di sistema per la presa in cura delle persone con malattie croniche in stadio iniziale, non complicate**	Presenza di indirizzi regionali relativi a PDTA integrati con gli aspetti di prevenzione (INDICATORE SENTINELLA)	0	Atti Regione	1
9	9.7	9.7.1 9.7.2					
1	1.11	1.11.1	**P6.3** **Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche, ultra 64enni, gruppi target specifici (pazienti psichiatrici, ecc.)**	Presenza di indirizzi regionali (INDICATORE SENTINELLA)	0	Atti Regione	1
6	6.2						
6	6.2	6.2.1	**P6.4** **Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione degli incidenti domestici attuabili nella popolazione a rischio e nei care giver**	Disponibilità di contenuti (*evidence based e equity oriented*) e strumenti di comunicazione/informazione su scala regionale (INDICATORE SENTINELLA)	0		1

INDICATORI SENTINELLA

Titolo	**NUMERO DI ATS CHE HANNO ATTIVATO L'OFFERTA DI COUNSELLING COERENTE CON GLI INDIRIZZI REGIONALI**				
Programma	**6 - PREVENZIONE DELLA CRONICITA'**				
Azione/Programma	A6.2/P.6				
Obiettivo specifico	**Aumentare l'offerta di approccio comportamentale (*counselling*) alle persone con fattori di rischio per MCNT**				
Definizione	ATS che hanno attivato l'offerta di *counselling* coerente a indirizzi regionali				
Numeratore	n. ATS con offerta di *counselling* attiva (A)				
Denominatore	n. ATS (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	RENDICONTAZIONE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	0% delle ASL	10% delle ASL	20% delle ATS	30% delle ATS	50% delle ATS

Titolo	**DEFINIZIONE DI INDIRIZZI REGIONALI PER LA DIAGNOSI PRECOCE E PRESA IN CARICO DELLA PATOLOGIA CRONICA**				
Programma	**6 - PREVENZIONE DELLA CRONICITA'**				
Azione/Programma	A6.2/P6.1 e P6.2				
Obiettivo specifico	**Definire linee di indirizzo regionali e relativa messa "a sistema" nel servizio sociosanitario regionale**				
Definizione	Realizzazione di indirizzi regionali per le ATS per attivare percorsi di presa in carico della patologia cronica				
Numeratore	Recepimento nei documenti di programmazione annuale delle ATS degli indirizzi regionali				
Denominatore	Totale ATS (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	RENDICONTAZIONE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	30%	Da 35%	40%	50%	55%

Titolo	**ATTIVAZIONE PERCORSI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA RIVOLTI AI PZ CON PATOLOGIE CRONICHE**				
Programma	**6 - PREVENZIONE DELLA CRONICITA'**				
Azione/Programma	A6.2/P6.3				
Obiettivo specifico	**Attivare percorsi di offerta nelle ATS**				
Definizione	ATS che hanno attivato percorsi di promozione dell'attività fisica ai pz con patologie croniche				
Numeratore	N° ATS che hanno attivato percorsi di promozione dell'attività fisica ai pz con patologie croniche (A)				
Denominatore	Totale ATS (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	RENDICONTAZIONE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	0%	0%	10%	10%	20%

Titolo	**AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA IN TEMA DI INCIDENTI DOMESTICI**				
Programma	**6 - PREVENZIONE DELLA CRONICITA'**				
Azione/Programma	A6.5/P6.4				
Obiettivo specifico	**Aumentare disponibilità di informazioni per una maggiore competenza e consapevolezza genitoriale**				
Definizione	Monitoraggio delle attività di prevenzione nell'ambito della redazione e diffusione di documenti di informazione delle ATS, anche in accordo con: i punti nascita per l'informazione ai genitori, con le associazioni di *caregiver*, con le strutture sanitarie e sociosanitarie, con le aziende				
Numeratore	N° ATS che hanno attivato attività informativa (A)				
Denominatore	Totale ATS (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	RENDICONTAZIONE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	0%	0%	10%	10%	20%

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P6.1	A6.1 Attivazione di un tavolo di lavoro multisettoriale per la definizione del modello di diagnosi precoce di condizioni di rischio aumentato per MCNT e relative modalità di sviluppo operativo anche a carattere sperimentale.	Sistema, ATS Soggetti delle Cure Primarie	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
P6.2	A6.2 Attivazione di un tavolo di lavoro multisettoriale per la definizione di indirizzi regionali relativi all'integrazione dei PDTA con elementi di prevenzione *(counselling*), anche nell'ambito della sperimentazione CREG al fine di valutare modalità di miglioramento della classificazione ed eventuali integrazioni tariffarie in merito all'area.	Sistema ATS Soggetti delle Cure Primarie	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	-
P6.3	A6.3 Attivazione di un tavolo di lavoro multisettoriale per la definizione di indirizzi regionali relativi alla pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	Sistema, ATS (Medicina dello Sport), Soggetti delle Cure Primarie Strutture Ospedaliere	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P6.3 (P5.2, P1.7, P2.6)	A6.4 Stipula protocolli d'Intesa con associazione di pazienti e cittadinanza partecipata , altri soggetti di promozione sociale/volontariato per lo sviluppo di azioni di comunicazione efficace, corretta ed *equity oriented* in tema di prevenzione primaria delle MCNT	Sistema Associazione di pazienti e di cittadinanza partecipata, altri soggetti di promozione sociale/volontariato	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	

P6.4	A6.5 Predisposizione di materiali di comunicazione, (*evidence based ed equity oriented*), e relativo piano di diffusione secondo criteri di marketing sociale	Sistema ATS Società Scientifiche, Associazioni Professionali, Associazioni *Care Giver*, pazienti, ecc.	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
P6.1 P6.2 P6.3	A6.6 Formazione finalizzata a sostenere il processo di integrazione culturale ed operativa tra modelli di Sanità Pubblica (promozione e prevenzione) e di Cure Primarie e socio-sanitarie, ed al miglioramento continuo dell'appropriatezza dell'offerta in termini di efficacia, sostenibilità, multiprofessionalità. (Vedi anche A1.2 Formazione (EBP, Buone Pratiche, *counselling* motivazionale) con target medici competenti, MMG	Figure professionali nell'ambito delle Cure Primarie (medici, infermieri, …) Società Scientifiche, Associazioni Professionali	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A3.1 Attivazione di un tavolo di lavoro multisettoriale per la definizione del modello di diagnosi precoce di condizioni di rischio aumentato per MCNT e relative modalità di sviluppo operativo anche a carattere sperimentale.				
A3.2 Attivazione di un tavolo di lavoro multisettoriale per la definizione di indirizzi regionali relativi all'integrazione dei PDTA con elementi di prevenzione (*counselling*), anche nell'ambito della sperimentazione CREG al fine di valutare modalità di miglioramento della classificazione ed eventuali integrazioni tariffarie in merito all'area.				
A3.3 Attivazione di un tavolo di lavoro multisettoriale per la definizione di indirizzi regionali relativi alla pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche				
A3.4 Stipula protocolli d'Intesa con associazione di pazienti e cittadinanza partecipata, altri soggetti di promozione sociale/volontariato per lo sviluppo di azioni di comunicazione efficace, corretta ed *equity oriented* in tema di prevenzione primaria delle MCNT				
A3.5 Predisposizione di materiali di comunicazione, (*evidence based ed equity oriented*), e relativo piano di diffusione secondo criteri di *marketing* sociale				
A3.5 A3.6 Formazione finalizzata a sostenere il processo di integrazione culturale ed operativa tra modelli di Sanità Pubblica (promozione e prevenzione) e di Cure Primarie e socio-sanitarie, ed al miglioramento continuo dell'appropriatezza dell'offerta in termini di efficacia, sostenibilità, multiprofessionalità.				

P.7 PROGRAMMA: "RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE"

Descrizione del programma

Il programma Rete Regionale per la Prevenzione delle Dipendenze (d'ora in avanti RREP) è stato avviato con la DGR IX/7223/2008 dalla DG Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato ed è l'esito del percorso iniziato nel 2003 con il progetto Religo "Realizzazione a titolo sperimentale di una rete sociale nell'area delle dipendenze" con l'obiettivo di migliorare la qualità in termini di efficacia ed impatto della programmazione e della progettazione degli interventi preventivi di tutte le forme di dipendenza patologica. Nell'ambito del Programma RREP, attraverso lo sviluppo di programmi intersettoriali e multilivello integrati a livello regionale, territoriale e locale è promossa e valorizzata la creazione di *partnership* tra tutti i soggetti che a diverso titolo hanno responsabilità e ruolo nell'azione preventiva a livello locale e regionale (DGR IX/1999/11). L'approccio a rete è necessario per affrontare fenomeni di natura poliedrica come le dipendenze, in costante evoluzione e che sono penetrati nella sfera della normalità degli stili di vita della popolazione. In questa logica, costruire strategie e applicare azioni condivise significa costruire coordinamento tra attori con culture di appartenenza, filosofie di intervento e approcci metodologici molto diversi tra loro. RREP rappresenta, quindi, la cornice coerente e di sistema in cui si colloca la strategia regionale nel campo della prevenzione delle dipendenze.

Le linee strategiche, le priorità e l'orientamento dell'intero programma sono sanciti dal Piano Azione Regionale Dipendenze (DGR IX/4225/2012) che individua nella corresponsabilità di tutti gli Attori istituzionali e non presenti sul territorio, la leva indispensabile per l'effettivo perseguimento di obiettivi preventivi e di promozione della salute e del benessere della popolazione e delle comunità. Alla luce di quanto previsto dalla DGR X/2989/2014 (Regole di Esercizio per l'anno 2015 del sistema socio-sanitario) gli obiettivi del programma RREP, finora limitati all'area dipendenze, si sono via via ampliati, con il coinvolgimento di altri attori impegnati nelle azioni di educazione alla salute in ambito socio sanitario (con particolare riferimento all'area dei Servizi per la Famiglia e le Fragilità dei Dipartimenti ASSI).

Sintesi delle principali evidenze di efficacia e/o BP validate di riferimento

La prevenzione delle dipendenze ricade nell'ambito di competenza di più organizzazioni/enti e, per questo, deve orientare tutte le politiche[1]; da qui discende l'importanza del coordinamento multilivello tra gli attori in gioco. Accanto a questo, la letteratura evidenzia i fattori principali che contribuiscono al successo di azioni preventive ad ampio raggio, quali[2]:

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

L'utilità e l'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi[6-7]. Il lavoro a rete dà l'opportunità di influenzare le politiche attraverso: lo sviluppo di partnership e di relazioni sociali utili allo scopo, l'organizzazione di commissioni e la facilitazione della mobilitazione della comunità. Infine, sono da preferire programmi di prevenzione orientati – sia dal punto di vista strategico sia di contenuto - da un approccio promozionale, che perseguano (*capacity building*) la costruzione di capacità individuali e collettive[8-9].

In particolare nelle aree urbane, dove l'uso di sostanze legali e illegali si associa a fenomeni di illegalità e tensione sociale, le ricerche[10-11] evidenziano l'opportunità di sviluppare interventi preventivi mirati ad attivare le risorse della comunità al fine di promuovere la coesione sociale e potenziare il capitale sociale[12-13.]

Oltre agli interventi di *empowerment* a livello comunitario, sono valorizzati programmi specifici di Outreach in prossimità dei luoghi e locali dell'aggregazione e del divertimento notturno (discoteche, club, luoghi autorizzati) che – in linea con le indicazioni europee[14-15-16] - che hanno come obiettivo la limitazione dei rischi legati al consumo di sostanze psicotrope. In contesti caratterizzati da condizioni di rischio sociale elevato (es. *party* autorizzati, *free party*, *street parade, raves, free parties, goa party, teknival*), i programmi di intervento richiedono una modulazione ad hoc[17-18].

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

Bibliografia:

1. David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones, Maggie Davies, Intersectoral Governance for Health in All Policies, Structures, actions and experiences, World Health Organization 2012, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
2. Spoth R, Greenberg M, Am J Community Psychol (2011) 48:106–119,
3. EDDRA (http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples), Nrepp – SAMSHA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices: CMCA program link: http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=117,
4. https://www.lifeskillstraining.com/, http://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/, http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/
5. EDPQS (http://prevention-standards.eu/),
6. http://www.prosper.ppsi.iastate.edu/
7. John Kania & Mark Kramer, 2011, Collective Impact, Stanford social innovation review, http://c.ymcdn.com/sites/www.lano.org/resource/dynamic/blogs/20131007_093137_25993.pdf
8. Glenn Laverack "Health Promotion Practice. Building Empowered Communities" . Ed. McGraw Hill, Berkshire England, 2007
9. Tavolo Tecnico Regionale prevenzione dipendenze di Regione Lombardia, Linee guida regionali popolazione generale, 2008
10. Aresi G., Marta E., Una ricerca-intervento in un quartiere ad alta concentrazione di locali notturni: attivare il territorio per attivare bisogni e risorse, Psicologia della Salute n. 3/2014, Franco Angeli.
11. Hayward K. and Hobbs D., Beyond the binge in "booze Britain": market-led liminalization and the spectacle of binge drinking, The British Journal of Sociology, 58 (3), 2007.
12. Network conference on reducing youth drinking by law enforcement, Atti, Rotterdam, 27-28 Ottobre 2001. Link: http://www.stap.nl/nl/nieuws/conference-2011.html
13. http://www.yli.org
14. Manual: Set of standards to improve the health and safety of recreational night life venues, IREFREA, European Union Project, Novembre 2011. Link:
15. http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou%5CSource%5CActivities%5CEXASS%5CGuide_SaferNight Life_en.pdf
16. NEWIP (Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project) Standards European Project. Link: www.safernightlife.org
17. G.Burkhart, EMCDDA, Evaluation Indicators for Prevention in Recreational Settings. Outcome and recommendations of an expert survey for the related meeting at the EMCDDA, 2003.
18. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) , Recreational drug use: a key EU challenge, Drugs in focus, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2002.
19. EMCDDA, Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology, Insights n.2, 2002
20. EMCDDA, Data-collection at Low-threshold services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage, 2002
21. EMCDDA, Harm reduction: evidence, impact and challenges, Monography, 2010.
22. Ministero della Sanità, Linee guida sugli interventi di riduzione del danno, 1999. Roma; P. Meringolo, 2001

Obiettivo generale

La finalità della Rete è sviluppare strategie regionali, applicare azioni efficaci per la prevenzione delle diverse forme di dipendenza (DGR IX/7223/2008), favorire il passaggio della dimensione preventiva verso una posizione centrale nell'azione di *welfare*, potenziando l'educazione a stili di vita più salutari *(*DGR IX/4225/2012*). S*copi principali sono:

- Sviluppare il coordinamento degli interventi e delle azioni di tutti gli attori del territorio (DGR IX/1999/2011, DGR IX/4225/2012, DGR X/1185/2013): applicando strumenti organizzativi che favoriscano uniformità ed equità nell'erogazione degli interventi preventivi e creando partnership a livello locale;

- Qualificare le attività di prevenzione (DGR IX/4225/2012), (DGR IX/1999/2011): aumentando la diffusione e l'adozione dei progetti regionali *Evidence-Based* (*LifeSkillsTraining* Lombardia, *Unplugged* Lombardia, *Strengthening Families Program* ecc.) e l'integrazione con i programmi regionali (Rete SPS Lombardia, Rete WHP Lombardia) e sperimentando, implementando e diffondendo nuovi progetti regionali *Evidence-Based* o coerenti con gli standard quali-quantitativi regionali, nazionali e internazionali;
- Aggiornare il patrimonio di conoscenza e gli strumenti metodologici dei diversi attori in gioco (DGR IX/1999/2011): formando i professionisti e i moltiplicatori che progettano ed erogano interventi preventivi e aggiornando le competenze programmatorie della committenza (ad es. *Policy maker*, Amministratori locali, Dirigenti scolastici, Finanziatori)
- Qualificare le attività di prevenzione, educazione alla salute e promozione della salute (DGR X/2989/2014) in ambito socio-sanitario, con particolare riferimento alle aree dell'affettività, della prevenzione del bullismo e delle violenze ecc.: individuando, implementando e diffondendo nuovi progetti regionali *Evidence-Based* o coerenti con gli standard quali-quantitativi regionali, nazionali e internazionali, in sinergia con i Programmi P1, P2, P4
- Aggiornare, attraverso la realizzazione di specifici programmi formativi e di aggiornamento professionale, il bagaglio di competenze dei diversi soggetti professionali e non attivi in campo preventivo a livello territoriale con particolare riferimento agli ambiti sociali, educativi, culturali, associazionismo e volontariato, ecc.

Setting

RREP si caratterizza per il suo approccio intersettoriale e multilivello: in linea con gli indirizzi regionali (a partire dalla DGR. 7069/2001) la dimensione distrettuale (ovvero dell'Ambito sociale) rappresenta l'unità di riferimento per la realizzazione degli interventi.

I programmi e le azioni preventive sono definiti a livello di ATS, a partire dalla lettura della domanda e dei bisogni del territorio, per il tramite del Comitato Rete Locale prevenzione (di cui di norma fanno parte Dipartimento Dipendenze, Privato sociale accreditato di settore, soggetti gestori di interventi di prevenzione e di educazione alla salute, Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento Integrazione SocioSanitaria, Uffici di Piano, Amministrazioni locali, Prefettura, Forze dell'Ordine, Ufficio Scolastico e Terzo Settore), e sono integrati nel PIL - Piano Integrato Promozione della Salute.

In base alle priorità territoriali le azioni si realizzano in molteplici contesti: scuole di ogni ordine e grado, Centri di formazione professionale, luoghi di lavoro, comunità aggregative e/o educative, carceri, contesti del divertimento, scuole guida, centri culturali, associazionismo, ecc.

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

RREP collabora con tutti gli attori internazionali (es. EMCDDA, UNODOC, WHO, NIDA), nazionali (es. *Focal point*, ISS, CCM), regionali (diverse DG regionali, USR e UUSST, Prefetture, FFOO, Amministrazioni Comunali, Uffici di Piano, Organizzazioni sindacali, Organizzazioni datoriali, Associazioni di rappresentanza e di categoria ecc.) e locali che, a diverso titolo, concorrono alla prevenzione delle dipendenze e li coinvolge attivamente nelle strutture operative.

La tenuta strategica e organizzativa delle azioni messe in campo, la coerenza delle priorità e l'intersettorialità sono garantite e sostenute da:

- TTRP – Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione (di cui è in atto l'estensione del mandato – DGR X/2989/2014).
- Comitati Rete Locale Prevenzione Dipendenze in ciascuna ASL (DGR IX/10804/2009) a cui partecipano, di norma, tecnici dei diversi Dipartimenti ATS, degli Enti Locali, della Prefettura, delle Forze dell'Ordine, dell'Ufficio Scolastico e del Terzo Settore.
- Rete Locale: insieme delle *partnership* attivate a livello locale con il coinvolgimento degli Attori locali.

Obiettivi specifici e indicatori							
MOC	**Obiettivo centrale**	**Indicatore Obiettivo Centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore Baseline**	**Fonte**	**Valore atteso 2018**
1 3 4	1.3. 1.4 3.1 4.1	1.3.1 1.4.1 3.1.1 4.1.1	**P7.1** **Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills/empowerment*), la percezione del rischio e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta in relazione all'area dipendenze**	Proporzione di "Piani locali di prevenzione dipendenze" orientati da buone pratiche (INDICATORE SENTINELLA)	40%	Regione (Database DG Welfare)	100%
1 3	1.3 3.1	1.3.1 1.4.1 3.1.1 4.1.1	**P7.2** **Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills/empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta**	Numero di Attori istituzionali e non coinvolti formalmente nella Rete regionale prevenzione e nelle reti locali	500 ca	Regione (Database DG Welfare)	> 20%
1	1.4 1.5	1.4.1	**P7.3** **Ridurre il numero di fumatori** **Estendere la tutela dal fumo passivo**	Numero di "Piani locali di prevenzione dipendenze" con Buone Pratiche	nd	Regione (Database DG Welfare)	100%
1 5	1.6 5.3	1.6.1 5.3.2	**P7.4** **Ridurre il consumo di alcol a rischio**	Numero di "Piani locali di prevenzione dipendenze" con Buone Pratiche	nd	Regione (Database DG Welfare)	100%
3	3.2	3.2.1 3.2.1	**P7.5** **Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale**	Numero di "Piani locali di prevenzione dipendenze" con Buone Pratiche di prevenzione selettiva e indicata per la diagnosi e l'aggancio precoce	n.d.	Regione (Database DG Welfare)	100%
4	4.1	4.1.1	**P7.6** **Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui**	Presenza di campagne regionali in linea con indicazioni Piano Azione Regionale Dipendenze	0	Regione (Database DG Welfare)	1
5	5.3	5.3.2	**P7.7** **Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida**	Presenza di campagne regionali in linea con indicazioni Piano Azione Regionale Dipendenze	0	Regione (Database DG Welfare)	1
4 6	4.1 6.3	4.1.1 -	**P7.8** **Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale a rischio, nei genitori e nei *care giver***	Presenza di campagne regionali in linea con indicazioni Piano Azione Regionale Dipendenze	0	Regione (Database DG Welfare)	1

4 6	4.1 6.4	4.1.1 -	**P7.9** **Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS**	Numero di "Piani locali di prevenzione dipendenze" coordinati con Piani Comunicazione ATS e ASST e con buone pratiche per il coinvolgimento attivo degli operatori sanitari, MMG e PLS	n.d.	Regione (Database DG Welfare)	100%
4 7	4.1 7.4	4.1.1 -	**P7.10** **Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale**	Presenza di campagne regionali in linea con indicazioni Piano Azione Regionale Dipendenze	0	Regione (Database DG Welfare)	1
4 7	4.1 7.4	4.1.1 -	**P 7.11** **Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende**	Numero di "Piani locali di prevenzione dipendenze" con Buone pratiche in sinergia con PROGRAMMA 1	n.d.	Regione (Database DG Welfare)	100%
4	4.1	4.1.1	**P7.12** **Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti**	Presenza di un Laboratorio Previsionale inter/meta -disciplinare sull'evoluzione dei fenomeni di abuso e produzione di Report/Studi Previsionali regionali	0	Regione (Database DG Welfare)	1
9	9.5	-	**P7.13** **Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (HIV)**	Numero di "Piani locali di prevenzione dipendenze" con Buone pratiche	n.d.	Regione (Database DG Welfare)	100%

INDICATORI SENTINELLA

Titolo	**NUMERO "PIANI LOCALI DI PREVENZIONE DIPENDENZE" (PLPD) COERENTI CON "BUONE PRATICHE**				
Programma	**7 - RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE**				
Azione/Programma	A7.1-3 7.6-10/P.7.1				
Obiettivo specifico	**Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills/empowerment*), la percezione del rischio e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile/adulta in relazione all'area dipendenze**				
Definizione	Proporzione di "Piani locali di prevenzione dipendenze" coerenti con le buone pratiche. L'indicatore fa riferimento ad Atto di giunta (DGR IX/4225/12 "Adozione del piano di azione regionale per le dipendenze") che ha la massima cogenza e che definisce i criteri dei piani come da obiettivi aziendali assegnati ai Direttori Generali delle ATS				
Numeratore	n. ASL o ATS con "Piani locali di prevenzione dipendenze" coerenti con le buone pratiche				
Denominatore	n. ASL o ATS				
Formula matematica	n. ASL o ATS con indirizzi coerenti /n. ASL o ATS x 100				
Fonte	RENDICONTAZIONE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	30% delle ASL	30% delle ASL	40% delle ATS	70% delle ATS	100% delle ATS

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P7.1 P7.2 P7.3 P7.4 P7.5 P7.6 P7.7 P7.8 P7.9 P7.10 P7.11 P7.12 P7.13	A7.1 Formazione (Processi partecipati, EBP, Buone Pratiche, EDPQS – *European drugs prevention Quality Standards*)	Operatori sanitari e socio-sanitari	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa	
	A7.2 Formazione (EBP, Buone Pratiche, EDPQS – *European drugs prevention Quality Standards, Counselling* motivazionale, Valutazione rischio/diagnosi e aggancio precoce,)	*Policy Makers*, Amministratori locali, Operatori socio-sanitari e sociali, MMG, PLS, Medici competenti in relazione a specifici programmi	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa (realizzate anche in sinergia con Programmi *UE Public Health e Justice*)	
	A7.3 Formazione (Processi partecipati, EBP, Buone Pratiche, EDPQS – *European drugs prevention Quality Standard*s)	Cittadini, Volontari e Gruppi di interesse	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa (realizzate anche in sinergia con Programmi UE Cittadinanza Attiva)	
P7.5 P7.8 P7.9 P7.12	A7.4 Formalizzazione di Accordi/Protocolli di collaborazione con Università, e Enti di Formazione a livello regionale (integrazione curricula di base e specialistici)	Università (Medicina, Psicologia, Scienze dell'Educazione, Servizio sociale, Programmazione e gestione servizi sociali e socio-sanitari, Pianificazione territoriali)	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa (realizzate anche in sinergia con Programmi *Erasmus +, Horizon 2020, UE Public Health e Justice*)	
P7.5 P7.8 P7.9 P7.12	A7.5 Formalizzazione di Accordi/Protocolli di collaborazione con Università, e Enti di Ricerca (mappatura epidemiologica del fenomeno, previsione evoluzioni, valutazione di impatto, sperimentazione e/o adattamento programmi EBP a livello regionale)	Sistema, Università	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa (realizzate anche in sinergia con Programmi Ricerca regionali, Osservatorio Regionale Dipendenze ecc.	
P7.1 P7.2 P7.4 P7.6 P7.8 P7.13	A7.6 Formazione – Ricerca – Intervento per l'estensione delle aree tematiche del Programma Regionale LST Lombardia	Scuola, Sistema e Università	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa. Da prevedere coinvolgimento attivo MIUR e USR per la parte specificamente riguardante il personale scolastico, in sinergia con P2)	
P7.1 P7.2 P7.3 P7.4 P7.5 P7.6 P7.7 P7.8 P7.9	A7.7 Stipula patti/accordi/protocolli d'Intesa a livello regionale e territoriale per l'attuazione in campo preventivo del Piano di Azione Regionale Dipendenze ex D.G.R. 4225/12) attraverso partnership intersettoriali	Sistema, Enti locali, Scuola, Aziende, Associazionismo sociale, culturale e sportivo, Terzo settore, Volontariato, Auto-mutuo aiuto, Associazioni di categoria, Sindacati ecc.	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa (programmate e realizzate anche nell'ambito della Programmazione sociale di Zona)	

P7.10 P7.11 P7.12 P7.13				
P7.1 P7.2 P7.5 P7.6 P7.8 P7.9	A7.8 Attività di comunicazione, aggiornamento, scambio fra operatori divulgazione tecnico-scientifica in collaborazione con network, Enti e organismi UE e internazionali (*emcdda, unodc, nida*), anche nell'ambito dell'attuazione del POR 2014-20 – Asse II – OT 9	Sistema, Università	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa (realizzate anche in sinergia con Programmi Erasmus +, Horizon 2020) e in collaborazione con Network internazionali nell'ambito delle politiche di inclusione e coesione sociale (Party+, T.E.D.i., Newip)	
P7.1 P7.2 P7.3 P7.4 P7.6 P7.7 P7.8 P7.13	A7.9 Attività di sensibilizzazione della cittadinanza (processi partecipati)	Associazionismo sociale (es. Auser, Cittadinanza Attiva), Volontariato sanitario (es. Croce Rossa Italiana)		
P7.8 P7.9 P7.12	A7.10 Aggiornamento piattaforma web e sistema informativo dedicati (anche a supporto delle azioni preventive rivolte ad adolescenti nell'ambito del POR 2014-20 – Asse II – OT 9)	Sistema	Attività di sistema non esposte a rischi di sostenibilità economica e organizzativa (programmate e realizzate anche nell'ambito dell'attuazione del POR 2014-20)	
P7.7	A7.11 Attivare programmi di prevenzione dell'incidentalità stradale in collaborazione con il Centro Regionale di Monitoraggio della sicurezza stradale, ed in coerenza con le indicazioni della Commissione Europea in materia di sicurezza stradale per il decennio 2011-2020 e gli obiettivi del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale "Orizzonte 2020", nell'ambito del programma Aziende che Promuovono Salute – rete WHP Lombardia (Area Sicurezza Stradale ed Area Contrasto delle dipendenze)	Popolazione - lavoratori		

Cronoprogramma				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A7.1 Formazione (Processi partecipati, EBP, Buone Pratiche, EDPQS – *European drugs prevention Quality Standards*)				
A7.2 Formazione (EBP, Buone Pratiche, EDPQS – *European drugs prevention Quality Standards, Counselling* motivazionale, Valutazione rischio/diagnosi e aggancio precoce,)				
A7.3 Formazione (Processi partecipati, EBP, Buone Pratiche, EDPQS – *European drugs prevention Quality Standards*)				
A7.4 Formalizzazione Accordi/Protocolli collaborazione con Università e Enti di Formazione a livello regionale (integrazione curricula di base e specialistici)				
A7.5 Formalizzazione di Accordi/Protocolli di collaborazione con Università, e Enti di Ricerca a livello regionale per 1) aggiornare lettura del fenomeno; 2) realizzare studi previsionali sull'evoluzione dei fenomeni di abuso 3) valutare impatto di politiche e programmi preventivi regionali				
A7.6 Formazione – Ricerca – Intervento per l'estensione delle aree tematiche del Programma Regionale LST Lombardia				
A7.7 Stipula patti/accordi/protocolli d'Intesa a livello regionale e territoriale per l'attuazione in campo preventivo del Piano di Azione Regionale Dipendenze ex DGR IX/4225/12) attraverso partnership intersettoriali				
A7.8 Attività di comunicazione, aggiornamento, scambio fra operatori divulgazione tecnico-scientifica in collaborazione con *network*, Enti e organismi UE e internazionali (emcdda, unodc, nida), anche nell'ambito dell'attuazione del POR 2014-20 – Asse II – OT 9				
A7.9 Attività di sensibilizzazione della cittadinanza (processi partecipati)				
A7.10 Aggiornamento piattaforma web a e sistema informativo dedicati (anche a supporto delle azioni preventive rivolte ad adolescenti nell'ambito del POR 2014-20 – Asse II – OT 9)				
A7.11 Attivare programmi di prevenzione dell'incidentalità stradale in collaborazione con il Centro Regionale di Monitoraggio della sicurezza stradale, ed in coerenza con le indicazioni della Commissione Europea in materia di sicurezza stradale per il decennio 2011-2020 e gli obiettivi del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale "Orizzonte 2020", nell'ambito del programma Aziende che Promuovono Salute – rete WHP Lombardia (Area Sicurezza Stradale ed Area Contrasto delle dipendenze)				

P.8 PROGRAMMA: "PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO MALATTIE INFETTIVE"

Descrizione del programma

Nell'ambito della prevenzione e controllo delle malattie infettive**,** l'adeguamento della sorveglianza, dei supporti informativi e la revisione delle prassi secondo le evidenze scientifiche ha permesso di raggiungere importanti risultati in termini di copertura vaccinale e di ristrutturazione del sistema; la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive sono regolati da appositi atti di indirizzo regionale che garantiscono uniformità nelle modalità di segnalazione delle malattie infettive e negli interventi messi in campo e rispetto delle principali evidenze scientifiche: DGR VI/18853/2004 e i successivi aggiornamenti, tra cui il più recente, la DGR X/3190/2015 " (Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive) e la DGR IX/4475/2012 (Determinazione in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia).
La sorveglianza epidemiologica è sostenuta dall'implementazione del sistema informativo di notifica delle malattie infettive, secondo criteri di completezza, qualità e tempestività, rispondente alle direttive europee e nazionali in materia di sorveglianza delle malattie trasmissibili e dalla definizione di una rete di laboratori atti ad effettuare indagini microbiologiche con finalità epidemiologiche, onde disporre di dati approfonditi sulle malattie infettive di maggior impatto quali – quantitativo (laboratori di riferimento regionali per malattie invasive batteriche, tubercolosi, malattie trasmesse da alimenti, morbillo e rosolia e virus emergenti) e una rete di laboratori per la matrice alimentare e ambientale. Inoltre in vista di EXPO 2015 sono introdotte nuove sorveglianza e ne sarà valutata l'utilità come integrazione al sistema di notifica delle malattie infettive (vedi paragrafo emergenze infettive).
Gli interventi di prevenzione e controllo adottati per le diverse malattie infettive sono stati concepiti alla luce della *Evidence Based Prevention*, al contesto epidemiologico e sociale e sono state eventualmente declinate per *setting* e target. Tra gli approcci basati sulle evidenze l'ECDC suggerisce di ripensare come gli approcci utilizzati classicamente per le patologie croniche possano anche essere utilizzati per le malattie trasmissibili *(Transferability of health promotion and health education approaches between communicable and non-communicable diseases - Analysis of current evidence, Stockholm, November 2014).*
Nell'ambito di alcune patologie prioritarie sono da mantenere, consolidare ed affinare le azioni già messe in campo (morbillo, rosolia, tubercolosi, legionellosi) e in altre sono necessarie azioni di revisione e continuo aggiornamento per esigenze di mutata epidemiologia e/o nuove evidenze scientifiche sia sul piano preventivo, come nuovi vaccini o dimostrazione d'efficacia di interventi di prevenzione su target o *setting* specifici, sia terapeutici come disponibilità nuovi farmaci (zoonosi quali WND e MTA, MTS e HIV/AIDS, epatiti, malattie invasive batteriche e le infezioni correlate all'assistenza).
In termini d'interventi di prevenzione di malattie prevenibili con vaccino, le vaccinazioni offerte in modo attivo e gratuito in Lombardia, sono quelle previste da LEA (definiti dalle Intesa Stato Regioni. PNPV 2012-2014). Tenuto conto che gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e Piano lombardo sono di raggiungere un'offerta omogenea, nei prossimi anni, le strategie vaccinali mireranno ad un miglioramento/mantenimento delle coperture vaccinali previste nei LEA, ad aggiornamento dell'offerta vaccinale per soggetti a rischio per patologia/condizione e per target di popolazione per cui, fatto salvo rispetto a nuove indicazioni ministeriali, è applicato il percorso del "modello decisionale per l'introduzione di nuovi vaccini in regione Lombardia".
Negli ultimi anni sono stati resi disponibili diversi nuovi vaccini non ancora previsti come LEA, e per cui è necessaria a una valutazione sulla loro possibile introduzione e con quali modalità. Data questa premessa, Regione Lombardia ha sviluppato il modello decisionale adottato che si inserisce nel contesto delle strategie di supporto a decisioni informate e basate sulle prove di

efficacia (Decide – Grade) supportate dalla Comunità Europea (*European Union's Seventh Framework Programme for research, technological development and demonstration - no 258583*). In relazione all'introduzione di nuovi vaccini, sono stati definiti le dimensioni e metodi su cui si basano le scelte sanitarie. Il quadro concettuale finale, denominato Modello EtD (*Evidence to Decision (EtD) framework*) è composto delle seguenti 6 dimensioni: impatto della malattia, caratteristiche del vaccino, valori e preferenze, uso delle risorse, equità e fattibilità. Le fasi previste dal modello decisionale sviluppato - per l'introduzione di nuovi vaccini, per innovazioni di vaccini già in uso o per rivalutazioni legate a politiche vaccinali già in atto, anche in relazione a valutazioni costo-efficacia, che comportano modificazioni rilevanti delle strategie vaccinali - sono definite nei paragrafi successivi. Qualora non sia già presente un'istruttoria completa su un determinato vaccino dell'Istituto Superiore Sanità o indicazioni Ministeriali, Regione Lombardia incarica, attraverso un bando un *soggetto terzo (cosiddetto organo tecnico-scientifico vaccini)* che effettua l'istruttoria tramite reperimento e l'analisi delle informazioni necessarie a completare la valutazione relativa al modello EtD sopra descritto verificando la rilevanza, l'attendibilità, qualità e l'indipendenza delle fonti utilizzate. L'ente terzo *(organo tecnico-scientifico vaccini)* deve avere competenze di tipo metodologico, statistico epidemiologico, economico e garantire indipendenza da possibili conflitto di interessi rispetto al vaccino considerato. L'istruttoria relativa al nuovo vaccino (modello EtD) è poi valutata da un panel multidisciplinare, comprende rappresentanti del mondo dell'Università, delle Società scientifiche, delle Associazione dei Pazienti, della Sanità Pubblica e degli enti SIREG. Il panel, attraverso un processo di condivisione coordinato dall'*organo tecnico-scientifico vaccini*, sviluppa il *grading* delle prove di efficacia e la loro valutazione di qualità utilizzando *il Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE*) e formulerà le raccomandazioni utilizzando il *Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence (DECIDE)*. I componenti del panel sono definiti da apposito atto dalla DG Welfare. L'istruttoria si conclude con le raccomandazioni finali relativamente all'adozione della nuova strategia vaccinale (favorevoli, sfavorevoli o condizionali alla nuova strategia) che saranno messe a disposizione per la decisione finale del decisore politico e per l'eventuale implementazione delle campagne vaccinali inerenti.
Nella programmazione è fondamentale tenere in considerazione che il fenomeno del rifiuto delle vaccinazioni è in crescita e comincia a interessare anche aree in cui non sono presenti gruppi dissidenti organizzati. L'elaborazione di una risposta da parte della sanità pubblica richiede innanzitutto di approfondire le dimensioni, la natura dei fenomeni e la ricerca dei loro determinanti ed estendere impiego di eventuali buone pratiche a livello locale. Inoltre sono previste azioni di miglioramento della comunicazione in ambito vaccinale sia nei confronti del cittadino che nel rapporto tra i diversi soggetti del SSR che propongono/effettuano vaccinazioni, riconfermando il ruolo di *governance* delle ATS in raccordo con la Regione nelle strategie di offerta vaccinale.

Emergenze infettive

Come ben evidenziato nel Piano Nazionale di Prevenzione lo sviluppo di sistemi in grado di identificare tempestivamente possibili emergenze infettive, la capacità di valutare il rischio e piani di risposta tra gli ambiti di intervento su cui indirizzare azioni di miglioramento. In particolare Milano ospita dal 1° maggio al 31 ottobre 2015 l'Esposizione Universale sul tema "Nutrire il Pianeta, Energia per la Vita".
E' stimata una presenza (sulla metropoli, il suo hinterland e più in generale sul territorio regionale) di 160.000 visitatori al giorno ripartiti sui sei mesi di durata dell'evento, per una partecipazione di pubblico pari a 29 milioni di visitatori di cui il 25% proveniente dall'estero (5). Viste le peculiarità del *mass gathering* che si tiene in Lombardia nel 2015, sono stati pianificati diverse azioni volte a migliorare la *preparedness*, rafforzando la sorveglianza e i piani di intervento presenti e successivamente valutando le attività messe in campo. Lo scopo della

sorveglianza per EXPO 2015 è quello di identificare precocemente i rischi in sanità pubblica, validarli ed investigarli per mettere in atto le appropriate misure di controllo.
La struttura globale del sistema di sorveglianza delle malattie infettive in occasione di EXPO prevede un nucleo di valutazione (*Epidemic Intelligence*) che valuterà i segnali provenienti dalla sorveglianza malattie infettive e della sorveglianza sindromica (*Indicator Based Surveillance - IBS*) attivati nei Punti di Primo Intervento (PPI) nella sede di EXPO e nei Pronto Soccorso e i segnali provenienti dalla sorveglianza basata sugli eventi (eventi non strutturati provenienti da fonti di intelligence di qualunque natura, *Event Based Surveillance - EBS*). Al termine dell'evento la valutazione delle nuove sorveglianza e dei piani adottati permetterà di comprendere quali sorveglianze mantenere attive ai fini di un rafforzamento continuo del sistema di sorveglianza delle malattie infettive.

Comunicazione
Come evidenziato in ambito di strategie vaccinali e di emergenze infettive è fondamentale la pianificazione delle modalità di comunicazione e informazione ai decisori e agli attori del sistema, e della comunicazione con la popolazione e i media. L'elaborazione di una risposta da parte della sanità pubblica per mantenere e rafforzare le coperture vaccinali richiede innanzitutto di approfondire le dimensioni, la natura dei fenomeni e la ricerca dei loro determinanti ed estendere impiego di eventuali buone pratiche a livello locale.
Inoltre, come sottolineato dal ECDC *(Sixsmith J, Fox K-A, Doyle P, Barry MM. A literature review on health communication campaign evaluation with regard to the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: ECDC; 2014),* è necessario una più approfondita comprensione di principi di comunicazione, persuasione, cambiamenti sociali, e valorizzazione dell'interazione tra le componenti della campagna di comunicazione. In tale direzione sono previste azioni di miglioramento della comunicazione in ambito vaccinale sia nei confronti del cittadino sia nel rapporto tra i diversi soggetti del SSR che propongono/effettuano vaccinazioni, riconfermando il ruolo di *governance* delle ATS in raccordo con la Regione nelle strategie di offerta vaccinale.

Obiettivo generale
Come già descritto in premessa i capisaldi della programmazione nell'ambito delle malattie infettive il Lombardia sono il mantenimento e rafforzamento della sorveglianza anche attraverso l'integrazione con dati di laboratorio, il sostegno e la diffusione di pratiche di basate su prove di efficacia, la sensibilizzazione e la formazione degli stakeholder e attori coinvolti e il miglioramento della comunicazione a tutti i livelli. Di seguito sono descritte, ricalcando la struttura del Piano Nazionale di Prevenzione, in considerazione dello stato di avanzamento delle azioni in Lombardia e del contesto epidemiologico locale, le azioni previste con il presente Piano.
Nell'ambito delle attività previste nel Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia è necessario rafforzare ulteriormente la sensibilità e completezza del sistema di sorveglianza; in particolare è stato istituito un laboratorio regionale per la sorveglianza integrata di morbillo e rosolia (costituito da SS Virologia Molecolare, SC Virologia e Microbiologia, Fondazione IRCCS, Policlinico San Matteo di Pavia Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano) che si raccorda con il laboratorio a livello nazionale che consente di raccogliere e genotipizzare i campioni di tutta la Lombardia. In ambito vaccinale saranno valorizzate e previste attività di SIA.
La sorveglianza delle malattie invasive batteriche (MIB) è fondamentale per acquisire conoscenza delle infezioni causate da questi patogeni e la distribuzione per sierotipi/sierogruppi è utile per il controllo di eventuali casi secondari nell'immediato e, a medio/lungo termine, per stimare la quota di casi prevenibili e l'impatto delle strategie vaccinali; in quest'ambito il laboratorio di riferimento è attivo da anni e la completezza della tipizzazione ha raggiunto livelli soddisfacenti. Come è noto, sono ad oggi disponibili vaccini per la prevenzione delle infezioni

da emofilo di tipo b (Hib), da meningococco di sierogruppo A, B, C, Y, W e da pneumococco (da 10, 13 o 23 sierotipi a seconda delle diverse composizioni vaccinali).
Alla luce del contesto epidemiologico di HIV e delle infezioni sessualmente trasmesse sono da promuovere azioni di *evidence based prevention* di sensibilizzazione all'effettuazione dei test per *setting* e *target* condivise tra i diversi stakeholder in modo da garantire un approccio omogeneo e coordinato sul territorio. Inoltre, vista la delicatezza del sistema di sorveglianza delle infezioni HIV e più in generale delle MTS è fondamentale mantenere la completezza del dato e d'altro canto garantire percorsi dedicati per gli utenti che si avvicinano ai servizi afferenti al servizio sanitario. In termini di appropriatezza terapeutica in Lombardia dal 2011 con aggiornamenti periodici è decretato il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) del paziente affetto da malattia HIV/AIDS" al fine di armonizzare le modalità prescrittive della terapia per il paziente affetto da malattia HIV/AIDS.
La DGR IX/4489/2012, in cui sono ridefinite la modalità di sorveglianza del caso di **tubercolosi** e dei contatti dei casi, gli interventi per target (Gruppi a rischio), la rete dei soggetti coinvolti e relativi ruoli (Regione, ATS, ASST e strutture accreditate e Centri di riferimento regionali clinici: Sondalo e Villa Marelli) e i requisiti e organizzazione dei laboratori per la diagnosi dei micobatteri con l'identificazione di un laboratorio di riferimento in cui è presente una ceppoteca di tutti gli isolati raccolti a livello lombardo. Come suggerito dal WHO per i Paesi a bassa incidenza tra le 8 azioni prioritarie si ritiene opportuno mantenere la sorveglianza, continuare a stressare le azioni per raggiungere i più vulnerabili alla malattia attraverso la revisione alla luce delle evidenze scientifiche degli strumenti e *best practise* per lo screening per target e per gruppo a rischio - gli immigrati da Paesi ad alta endemia, i soggetti senza fissa dimora e con infezione da HIV, immunodepressi e con patologie a rischio e i reclusi in istituti di pena Ospiti e in RSA supportare il programma globale attraverso un'intensa attività formativa della rete dei soggetti coinvolti.
Visto il tema di EXPO 2015 dedicato all'alimentazione e la rilevanza in termini di emergenze infettive delle zoonosi di origine alimentare e più in generale delle malattie a trasmissione alimentare (MTA) tra le azioni previste oltre al rafforzamento della sorveglianza anche tramite il raccordo sistematico tra laboratori di riferimento per patologia e laboratori per la matrice alimentare e ambientale, sono riviste le linee guida per la gestione dei focolai epidemici con l'obbiettivo di adottare comportamenti il più possibile omogenei in tutte le ATS, permettendo ai servizi coinvolti di avere un protocollo operativo integrato e di svolgere, per ciascun episodio MTA segnalato, un'indagine epidemiologica che definisca l'entità numerica dell'evento epidemico e, per quanto possibile, individui l'agente eziologico, l'alimento e i fattori di rischio coinvolti nell'episodio.
Vista l'epidemiologia nel bacino padano di West Nile Disease negli ultimi anni è stato impostato un sistema di sorveglianza integrato per WND; in Lombardia il sistema integra le informazioni: le sorveglianze su zanzare e uccelli forniscono precocemente l'informazione sulla circolazione virale integrandola con quella della sorveglianza sull'uomo per poter decidere le misure da intraprendere sulle donazioni (sangue, organi e tessuti) e sulla lotta al vettore. I risultati del quinquennio saranno fondamentali per migliorare le conoscenze sulla valutazione della capacità predittiva della circolazione di WNV nell'uomo al fine di indirizzare nuove modalità d'intervento per la sicurezza delle donazioni.
Sviluppo del programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (P.I.M.O) – infezioni correlate all'assistenza/sepsi
Il miglioramento continuo è un processo di innovazione focalizzato, che coinvolge tutta l'azienda e consiste nell'adozione di miglioramenti piccoli, frequenti, continuativi nel tempo, finalizzati a ottenere risultati significativi grazie al loro effetto cumulativo. Al riguardo risultano essenziali due elementi:

- presenza e intervento del management nell'indirizzare e nel focalizzare gli sforzi di

miglioramento in modo da assicurare la coerenza delle azioni intraprese con le esigenze operative e strategiche della Struttura;
- contributo diretto degli operatori nel proporre come migliorare i processi loro affidati, nel verificare la validità delle proposte e nel realizzare i cambiamenti necessari.

La creazione del miglioramento continuo è un obiettivo complesso che richiede uno sforzo da parte dell'intera organizzazione, e si concretizza in un insieme di attività dirette a monitorizzare e a migliorare processi ed esiti mediante un sistema di obiettivi, indicatori, procedure organizzative, linee guida e la verifica della loro applicazione ed efficacia.
Regione Lombardia ha sviluppato un Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) che prevede all'interno di quattro aree individuate - valutazioni, performance, monitoraggio e obiettivi - lo sviluppo delle conoscenze e valutazioni del sistema. Questo Programma è formalizzato nella cosiddetta Delibera delle Regole, annuale atto di indirizzo a tutte le Strutture del Sistema Sanitario Regionale (DGR 2989 del 23.12.2014). Nel 2015, la stesura del PIMO dovrà essere strutturata con l'evidente integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali e della gestione del rischio con il supporto informativo proveniente dai dati del monitoraggio interno e dalla autovalutazione. Tra gli obiettivi prioritari da sviluppare nel corso dell'anno, individuati nell'area "Garantire i livelli di assistenza", e comuni a tutte le strutture, sono le infezioni correlate all'assistenza/sepsi. Lo strumento operativo e gestionale ai fini di monitoraggio è costituito da una specifica Area PIMO del Portale regionale e contiene Infosp, applicativo ove sono inseriti dati degli isolamenti per controllo infezioni, sentinella e germi resistenti. Il Portale contiene documentazione tecnica di riferimento e produce reportistica aggiornata continuativamente di confronto temporale e alle scale di lavoro aziendale e regionale.

Setting

Gli interventi di prevenzione e controllo adottati per le diverse malattie infettive sono concepiti alla luce della *Evidence Based Prevention*, al contesto epidemiologico e sociale e sono state eventualmente declinate per setting e target. Nel contesto epidemiologico lombardo come in quello nazionale è evidente come le malattie infettive siano altamente correlate a condizioni sociali disagiate e a fenomeni migratori, razionale per cui la maggior parte degli interventi sono mirati a contrastare le disuguaglianze in salute (*European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2014*).

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Il Programma ha come punto nevralgico le ATS che si raccordano con gli erogatori sanitari pubblici (Aziende Ospedaliere) e privati del territorio regionale con il coinvolgimento della medicina e pediatria di base, i comuni e il terzo settore.

Obiettivi specifici e indicatori						
Obiettivo Centrale	**Indicatore Obiettivo centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore Baseline (2013)**	**Fonte**	**Valore atteso 2018**
9	9.1-2.1-9.3.1-9.4.1	**P 8.1 Mantenere e rafforzare la sorveglianza epidemiologica anche attraverso la integrazione con dati di laboratorio**	8.1.1- Proporzione di casi di morbillo rosolai notificati per i quali è stato svolto accertamento di laboratorio (INDICATORE SENTINELLA) 8.1.2 Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive 8.1.3 Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	8.1.1: 90% 8.1.2:100% 8.1.3: 74%	MAINF	8.1.1: >90% 8.1.2:100% 8.1.3: +50%
9	9.5.1- 9.5.2	**P 8.2 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive attraverso il sostegno e diffusione di pratiche di basate su prove di efficacia**	8.2.1 - Diffusione e formazione sulle linee di indirizzo basate su prove di efficacia -MTA, HIV, legionellosi, MIB, tubercolosi	DGR IX/4475/2012	Atto regionale	Diffusione atti di indirizzo
9	9.6.1- 9.7.1-9-7.2-9.8.1	**P 8.3 Mantenere o aumentare le coperture vaccinali**	8.3.1- Aggiornamento delle linee di indirizzo per soggetti sulla base di status/patologie croniche e target di popolazione (INDICATORE SENTINELLA)	DGR IX/4475/2012	Atti regionali	Atto di indirizzo
9	9.9.1	**P.8.4 Migliorare la preparedness, la gestione e la comunicazione inerenti le emergenze infettive**	8.4.1 - Report di valutazione nuove sorveglianze	Nessuno	Atti regionali	Pubblicazione report
9	9.10.1 – 9.11.1 – 9.12.1 – 9.13.1	**P.8.5 Promuovere azioni di miglioramento per le infezioni correlate alla assistenza e antibiotico resistenza**	8.5.1 - Disponibilità di indicatori nel portale di governo regionale in tema di Infezioni ospedaliere 8.5.2 - Report attività risk management - ambito "prevenzione delle infezioni ospedaliere". 8.5.3 - Report annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle ASL/ATS	Nessuno	8.5.1 Portale di governo regionale 8.5.2 atti 8.5.3 atti	Pubblicazioni report

INDICATORI SENTINELLA

Titolo	**PROPORZIONE DI CASI DI MORBILLO ROSOLAI NOTIFICATI PER I QUALI È STATO SVOLTO ACCERTAMENTO DI LABORATORIO**				
Programma	**8 - PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO MALATTIE INFETTIVE**				
Azione/Programma	A.8.1.2-3/P8.1				
Obiettivo specifico	**Mantenere e rafforzare la sorveglianza epidemiologica anche attraverso l'integrazione con dati di laboratorio**				
Definizione	Nell'ambito del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia garantire la raccolta dei campioni biologici per la conferma di laboratorio e genotipizzazione di tutti i casi lombardi notificati				
Numeratore	Casi di morbillo rosolia notificati per i quali è stato svolto accertamento di laboratorio				
Denominatore	Casi di morbillo rosolia notificati				
Formula matematica	Casi di morbillo rosolia notificati per i quali è stato svolto accertamento di laboratorio/ Casi di morbillo rosolia notificati X 100				
Fonte	MAINF				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	>90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%

Titolo	**MANTENERE LE COPERTURE VACCINALI**				
Programma	**8 - PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO MALATTIE INFETTIVE**				
Azione/Programma	A.8.3.1/P8.3.1				
Obiettivo specifico	**Mantenere o aumentare le coperture vaccinali**				
Definizione	Coperture vaccinale anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati				
Numeratore	N° nuovi nati vaccinati con ciclo completo al 24 mese (A)				
Denominatore	Totale nuovi nati residenti (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	Coperture vaccinali* (per 100 abitanti) calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA (vedi tabella 1 PNP)				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	>95%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO/I SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P 8.1	A 8.1.1 Favorire l'accesso al sistema di segnalazione on-line (MAINF) da parte di MMG/PLS e Strutture sanitarie A 8.1.2 Confronto ed integrazione con altre basi dati (SDO, INFOSP) A 8.1.3 Consolidamento della rete dei laboratori di riferimento con finalità epidemiologiche	ATS Strutture sanitarie/ /MMG e PDF	Sostenibilità organizzativa : Assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS /ASST Esposto a rischi di sostenibilità economica	Possibili ritardi nell'iter di definizione della collaborazione applicativa
P 8.2	A 8.2.1 Aggiornamento delle linee di indirizzo anche attraverso revisioni di letteratura -MTA, HIV, legionellosi, MIB, tubercolosi A 8.2.2 Diffusione e formazione sulle linee di indirizzo -MTA, HIV, legionellosi, MIB, tubercolosi A 8.2.3 Miglioramento dell' l'appropriatezza terapeutica attraverso aggiornamento PDT HIV/AIDS	ATS Strutture sanitarie/ /MMG e PDF e Terzo Settore	Sostenibilità organizzativa : Assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS /ASST; Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
P 8.3	A 8.3.1 Miglioramento del anagrafe vaccinale informatizzata anche integrazione basi dati (CEDAP) A 8.3.2 Aggiornamento delle linee di indirizzo per le vaccinazioni a soggetti sulla base di status/patologie croniche A 8.3.3 Aggiornamento delle linee di indirizzo per target di popolazione applicando il modello decisionale per l'introduzione di nuovi vaccini in regione Lombardia A 8.3.4 Realizzazione di eventi formativi a operatori ATS / MMG e pdf e specialisti con focus alle modalità di comunicazione A 8.3.5 Predisposizione di una campagna di comunicazione basata sulle evidenze coerente alle indicazioni nazionali	ATS Strutture sanitarie/ /MMG e PDF	Sostenibilità organizzativa : Assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS /ASST; Esposto a rischi di sostenibilità economica	
P.8.4	A.8.4.1 Mettere in campo e valutare altre sorveglianze (EBS e sorveglianza sindromica) A.8.4.2 Predisposizione e diffusione di linee di indirizzo per le emergenze infettive	ATS e Strutture sanitarie/ /MMG e PDF	Sostenibilità organizzativa : Assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS /ASST; Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
P.8.5	A.8.5.1 Predisposizione di indicatori nel portale di governo regionale e azioni di miglioramento	ATS e Strutture sanitarie	Sostenibilità organizzativa :	

	all'interno della piattaforma piano integrato di miglioramento dell'organizzazione		Assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS /ASST; Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A.8.5.2 diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure – ambito "prevenzione delle infezioni ospedaliere"			
	A.8.5.3 Predisposizione report annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie Locali			

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A 8.1.1 Favorire l'accesso al sistema di segnalazione on-line (MAINF) da parte di MMG/PLS e strutture sanitarie				
A 8.1.2 Confronto ed integrazione con altre basi dati (SDO, INFOSP)				
A 8.1.3 Consolidamento della rete dei laboratori di riferimento con finalità epidemiologiche				
A 8.2.1 Aggiornamento delle linee di indirizzo anche attraverso revisioni di letteratura - MTA, HIV, legionellosi, MIB, tubercolosi				
A 8.2.2 Diffusione e formazione sulle linee di indirizzo -MTA, HIV, legionellosi, MIB, tubercolosi				
A 8.2.3 Miglioramento dell' l'appropriatezza terapeutica attraverso aggiornamento PDT HIV/AIDS				
A 8.3.1 Miglioramento delle informazioni utili alla pianificazione vaccinale (anagrafe vaccinale informatizzata anche tramite con CEDAP)				
A 8.3.2 Aggiornamento delle linee di indirizzo per le vaccinazioni a soggetti sulla base di status/patologie croniche				
A 8.3.3 Aggiornamento delle linee di indirizzo per target di popolazione applicando il modello decisionale per l'introduzione di nuovi vaccini in Regione Lombardia				
A 8.3.4 Realizzazione di eventi formativi a operatori ATS / MMG e PDF e specialisti con focus alle modalità di comunicazione				
A 8.3.5 Realizzazione di una campagna di comunicazione basata sulle evidenze coerente alle indicazioni nazionali				
A.8.4.1 Mettere in campo e valutare altre sorveglianze (EBS e sorveglianza sindromica)				
A.8.4.2 Predisposizione e diffusione di linee di indirizzo per le emergenze infettive				
A.8.5.1 Predisposizione di indicatori nel portale di governo regionale e azioni di miglioramento all'interno della piattaforma piano integrato di miglioramento dell'organizzazione				
A.8.5.2 Diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure – ambito "prevenzione delle infezioni ospedaliere"				
A.8.5.3 Predisposizione report annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle ASL/ATS				

P.9 PROGRAMMA: "TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE"

Descrizione del programma

"La prevenzione sul lavoro ha un ruolo chiave, non soltanto perché tutela la vita e permette il sostentamento dei lavoratori e delle rispettive famiglie, ma anche perché contribuisce ad assicurare lo sviluppo economico e sociale" (Giornata Mondiale della sicurezza e della salute sul lavoro 28 aprile 2013. La prevenzione delle malattie professionali. ILO).

La strategia regionale a favore della tutela della salute e sicurezza sul lavoro muove dall'evidenza scientifica che la mancanza di lavoro genera mancanza di salute (G Ital Med Lav Erg 2010; 32:4, Suppl. 143). Per tutelare la salute occorre, quindi, garantire il lavoro anche attraverso la promozione della salute e sicurezza dei lavoratori. Detta promozione trova ampia caratterizzazione operativa nei principi di:

- **Intersettorialità** si sviluppa nell'approccio trasversale alle materie, ricercando e stimolando la collaborazione, l'interazione funzionale e il coordinamento con tutti i soggetti coinvolti, compito prioritario in capo alla DG Welfare;
- **Semplificazione**, non a contrazione delle funzioni e dei servizi a tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (SSL), ma a vantaggio dei cittadini e delle imprese, in termini di riduzione degli oneri a carattere burocratico-amministrativo posti a loro carico, di certezza dei tempi e degli esiti, di efficienza amministrativa;
- **Sostenibilità** modelli di intervento improntati ad una visione integrata delle forze e delle risorse messe in campo che siano di sostegno alle priorità individuate; migliorino la partecipazione del partenariato economico-sociale alla definizione delle strategie; favoriscano una concezione di lungo temine della tutela della salute e sicurezza sul lavoro, tenendo conto del contesto di cambiamento occupazionale e dell'invecchiamento della popolazione lavorativa.

Detti principi sono espressi quali priorità strategiche nel Programma Regionale di Sviluppo della X^ Legislatura (DCR 9 luglio 2013, n. X/78):

- le politiche per l'impresa, con riferimento alla promozione dell'innovazione non solo tecnologica e alla creazione di nuove forme di agevolazione del credito – sostenibilità e intersettorialità agite da Regione Lombardia/INAIL/Partenariato Economico e Sociale;
- un mercato del lavoro più aperto ed inclusivo, con riferimento alla rimozione degli ostacoli che separano la formazione dal lavoro, a favore di una riqualificazione dei lavoratori e del reinserimento lavorativo – intersettorialità agita da Regione Lombardia, DG Welfare, DG Istruzione Formazione e Lavoro e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia;
- il welfare e la sanità, con riferimento all'individuazione di nuove modalità di soddisfacimento dei bisogni emergenti – intersettorialità agita da Regione Lombardia, Direzione Regionale Lavoro, INAIL e Partenariato Economico Sociale;
- una Pubblica Amministrazione più efficiente e meno costosa, con riferimento alla progettazione informatica a favore di servizi più trasparenti, rapidi ed efficaci ai cittadini e alle imprese – semplificazione agita da Regione Lombardia;
- la tutela del territorio e dell'ambiente, con riferimento al buon uso del suolo, al recupero delle aree dismesse, alla bonifica dei siti inquinati – sostenibilità e intersettorialità agite da Regione Lombardia e Partenariato Economico e Sociale.

Si ritiene che il **territorio**, nella sua accezione di ambiente di vita e lavoro, con le sue caratterizzazioni naturali ed antropiche, non sia luogo estraneo o neutrale alle politiche di prevenzione e di salvaguardia della salute e della sicurezza delle persone, nella duplice veste di lavoratori e cittadini.

Anche le evidenze scientifiche correlano l'attività produttiva e imprenditoriale, il luogo di lavoro, alle condizioni generali ambientali dei singoli territori.

Il presente programma, dunque, pur trovando una sua primaria allocazione nell'area della SSL, ricerca l'integrazione con gli interventi a tutela della salute negli ambienti di vita superando la frammentazione tra lavoratore e cittadino.
Lo sviluppo di questo percorso rafforza il legame tra interventi di prevenzione in tema di SSL e di tutela dell'ambiente, incentivando le imprese ad assumere modelli di Responsabilità Sociale di Impresa (RSI) coerenti ai principi costituzionali di tutela della salute, quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 Carta C.), e di iniziativa economica privata rispettosa dell'utilità sociale, della sicurezza, della libertà e della dignità umana (art. 41 Carta C.).
Il presente programma conferma i contenuti, gli obiettivi e i modelli organizzativi oggetto della DGR X/1104/2013 (pubblicato su BURL SO n. 52 del 23.12.2013) "Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro".
Nel programma regionale 9 trova, infine, spazio la realizzazione del programma 2013 del Centro Nazionale per il Controllo delle malattie (CCM) relativamente ai progetti:

- Aspetti peculiari del lavoro in agricoltura e ricadute sul processo di prevenzione e protezione: scenari di esposizione a prodotti fitosanitari nelle lavorazioni in serra e percezione del rischio per la salute e sicurezza in lavoratori agricoli stranieri (convenzione tra Regione Lombardia, Inail e Istituti Ospitalieri di Cremona approvata con DGR X/2480/2014);
- Piano di monitoraggio e di intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato (convenzione tra Regione Lombardia, Inail e Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza approvata con DGR X/2955/2014).

Il Programma si sviluppa coerentemente ai Piani nazionali Edilizia, Agricoltura, Prevenzione danni muscoloscheletrici, Cancerogeni e Stress lavoro correlato.

Obiettivo generale

Gli obiettivi che indirizzeranno l'attività di Regione Lombardia nel periodo di riferimento sono:

a. La riduzione degli infortuni e delle malattie professionali

A contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico, si persegue il mantenimento del:

- trend di riduzione degli infortuni (base dati anno 2012);
- trend di emersione del fenomeno delle malattie professionali (base dati anno 2014) e perfezionamento degli strumenti per la conoscenza e gestione delle malattie professionali e per l'implementazione della rete di scambio di monitoraggio del fenomeno (coinvolgimento di medici di medicina generale, medici competenti), in relazione soprattutto alle seguenti condizioni morbose:
  - tumori ad alta e bassa frazione eziologica;
  - disturbi muscolo scheletrici lavoro-correlati;
  - disturbi da stress lavoro-correlato.

A quanto su esposto si affianca l'analisi degli infortuni stradali accaduti in occasione di lavoro, cercando la piena individuazione delle dinamiche più frequenti e delle misure preventive più efficaci al fine della riduzione dei tassi di incidenza anche e non solo tramite il coinvolgimento delle Aziende aderenti alla rete WHP.

b. Il sostegno alle imprese

Richiamando il criterio, più volte ripreso negli atti e nei Piani regionali, della graduazione del rischio finalizzata a individuare priorità di intervento (ovvero, maggiore è il rischio, più alta è la priorità), assistere e sostenere le aziende significa:

- favorire l'emersione, la valorizzazione, la promozione e la diffusione di buone pratiche e percorsi virtuosi di autocontrollo da loro praticati, quali quelli di RSI e i sistemi di gestione della sicurezza (SGSL) ampiamente intesi;
- promuovere nelle aziende l'adozione delle buone prassi esistenti e decretate nell'ambito delle precedenti pianificazioni;

- semplificare e uniformare l'azione delle Istituzioni con competenza in SSL.

Fatta questa premessa, sono attività di supporto da perseguire:

- sostenere percorsi condivisi fra soggetti pubblici "promotori" e organismi paritetici (regionali, provinciali e territoriali) sui temi della SSL;
- diffondere e favorire la diffusione dei sistemi premiali per le aziende virtuose che applicano anche linee di indirizzo/soluzioni/vademecum di Regione Lombardia, nell'interesse primario dei lavoratori e del sistema economico sociale lombardo;
- semplificare gli adempimenti burocratici a carico delle aziende per favorire lo sviluppo delle imprese e l'occupazione;
- promuovere in ambito nazionale soluzioni individuate a livello regionale;
- favorire in Lombardia l'adozione di pratiche di provata efficacia;
- favorire la rete degli RLS, RLST e di sito con azioni di informazione e formazione e coinvolgimento nei piani mirati.

c. La formazione alla salute e sicurezza

Riconosciuto che:

- gli attuali percorsi di SSL, costruiti prevalentemente su modelli di didattica frontale, lontani dai presupposti fondamentali della teoria andragogica (teoria dell'apprendimento ed educazione degli adulti), hanno messo in discussione l'adeguatezza della formazione ai reali bisogni formativi a fronte di un elevato impegno economico, burocratico e organizzativo per le aziende ed appaiono, pertanto, di scarsa efficacia sul piano pratico;
- la scuola è il luogo dove la formazione alla salute e alla sicurezza può trovare un terreno fertile sul quale radicarsi e diventare patrimonio dell'individuo e del gruppo, perché favorisce l'interiorizzazione delle regole e dei valori fondamentali di responsabilità sociale e civile

si persegue, prioritariamente, l'obiettivo dell'integrazione della formazione alla salute e alla sicurezza nei curricula scolastici, fermo restando l'attuazione degli Accordi siglati tra Stato, Regioni e Province Autonome per la formazione dei lavoratori.

La diffusione della cultura della sicurezza prevede il diretto coinvolgimento del mondo della scuola. L'ambiente scolastico, infatti, rappresenta il luogo ideale nel quale strutturare, articolare e approfondire la cultura della sicurezza e della salute affinché nelle nuove generazioni questo concetto venga radicato e diventi stile di vita.

Coinvolgimento perseguito ed attuato nel progetto "Integrazione della sicurezza nei curriculum scolastici", coerente e sinergico con lo spirito che ha condotto nel 2011 all'intesa tra la Regione Lombardia e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, per la realizzazione della rete delle Scuole che promuovono Salute ispirata al network europeo "School for Health in Europe".

Il percorso è stato avviato all'interno del Piano regionale SSL 2011-2013, si è sviluppato nella cornice normativa definita dalla Legge Regionale 6 agosto 2007, n. 19 "Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione della Regione Lombardia" e ha trovato conclusione e definizione puntuale nella delibera di Giunta regionale n. X/3328 del 06.03.2015 (pubblicata su BURLSO n. 11 del 13.03.2015) "Certificazione delle competenze in materia di salute e sicurezza nei percorsi scolastici e di istruzione e formazione professionale" di concerto con la DG Istruzione, Formazione e Lavoro.

La strategia, perseguita attraverso una stretta sinergia d'azione con INAIL Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, prevede:

- l'integrazione del tema della sicurezza in maniera trasversale lungo tutto il percorso scolastico;
- lo sviluppo competenze chiave orientate alla sicurezza in allievi e personale scolastico, secondo le regole dell'apprendimento orientato all'esperienza.

Permane, comunque, la necessità di governo e valutazione di efficacia e efficienza dei modelli formativi proposti dagli Accordi Stato Regioni, la cui applicazione impone un programma di costante osservazione e controllo da parte delle ATS che si esplica in una funzione di supporto alle pari sociali nella valorizzazione delle collaborazioni tra OPP e Istituzioni e nell'individuazione di indicatori di qualità per la formazione per la sicurezza sul lavoro.

d. Sviluppo del sistema informativo della Prevenzione

Il Sistema Informativo lombardo della Prevenzione è il risultato del dialogo tra i sistemi I.M.Pre.S@ e Person@.

I.M.Pre.S@ (Informatizzazione Monitoraggio Prevenzione Sanitaria), che si implementa con i dati delle attività di controllo svolte principalmente dai DIPS, consente di disporre di un quadro dello stato di salute delle aziende lombarde, univocamente identificate nel registro Imprese di Camera di Commercio (CCIA). Il Sistema è alimentato direttamente da coloro che, per obblighi normativi ed istituzionali, sono i diretti produttori del dato puntuale: i cittadini, nel caso, ad esempio, dell'obbligatorietà della notifica cantieri ex art. 99 DLgs 81/08, e gli operatori del DIPS, in ragione dei debiti informativi al livello regionale e centrale (rilevazione dei dati di attività al Coordinamento Interregionale PSILL, al Comitato di coordinamento art. 5, …). Dette informazioni, strutturate e messe a sistema, devono essere fruibili, per livello di competenza ed autorizzazione all'accesso, a tutti gli aventi diritto – i componenti il Sistema Integrato della Prevenzione - mediante strumenti di interrogazione e consultazione del dato.

Person@ traccia il profilo di salute del lavoratore lombardo, univocamente individuato nell'Anagrafe Assistiti. Il sistema, alimentato dalle banche dati SISS (schede di dimissione ospedaliera, flussi farmaci, …) e, per l'area degli infortuni, dall'invio telematico dei certificati medici dai Medici Ospedalieri e di Medicina Generale, vanta due moduli:

- Ma.P.I. - Malattie Professionali e Infortuni – che raccoglie i dati delle inchieste per infortunio e per malattie professionali svolte dalle ATS e dalle UOOML;
- OCCAM (OCcupational Cancer Monitoring), che consente l'individuazione sistematica di possibili casi di malattia lavoro-correlata.

L'architettura dei due sistemi è in continua evoluzione in coerenza con esigenze di semplificazione, integrazione e trasparenza; sono previsti nuovi moduli tra cui i Registri Mesoteliomi, Tumori Nasosinusali e a Bassa Frazione Eziologica, quelli relativi a soggetti Esposti ed Ex esposti ad amianto.

Il Sistema Informativo della Prevenzione, ed in particolare i moduli e le funzionalità ad esso connessi, sono funzionali a:

- uniformare l'approccio e l'operatività alle diverse materie, attraverso il vincolo imposto all'utente, esterno (il cittadino o l'impresa) ed interno (ATS e UOOML) al caricamento di dati standard, ossia predefiniti in "tendine" e "campi".

La necessità di codificare le informazioni proprie di una materia all'interno del sistema informativo (che in quanto tale non deve consentire campi liberi e valori non standard) esita, in primis, nella condivisione di un linguaggio e, successivamente, in un comune approccio alla materia. Ne sono esempio:

- Ma.P.I. che richiede ai medici del lavoro alle ATS e alle UOOML di aderire ad un identico schema di analisi (MALPROF, modello di indagine proposto ed adottato ormai dal 2007 a livello nazionale);
- Ge.M.A. servizio per la trasmissione dei piani di lavoro e delle notifiche, che richiede alle imprese esercenti attività di bonifica amianto di descrivere gli interventi aderendo puntualmente al modello disposto dalla norma;
- innalzare l'efficienza delle attività di SSL. La disponibilità data ai medici del lavoro ATS e UOOML, attraverso un'apposita postazione di lavoro, dell'anagrafe assistiti, delle storie

lavorative INPS e del modulo OCCAM rende più facile e efficiente l'operatività quotidiana, consentendo, peraltro, una maggiore efficacia nell'emersione delle malattie professionali;

- consentire la definizione di una strategia di azioni SSL sempre più mirate, attraverso la messa a punto di indicatori di efficacia della prevenzione. Pur nella consapevolezza della necessità di crescita e sviluppo del disegno informatico, si può affermare che il sistema lombardo – avviato nel 2010 - attualmente disponga di dati utili ad orientare una strategia di prevenzione efficace. Ad esempio, nella banca dati Ge.C.A. – alimentata dalle comunicazioni di avvio cantiere, standardizzate, organizzate e disponibili in continuo - sono contenute informazioni che, adeguatamente pesate all'interno di appositi algoritmi, prioritarizzano i cantieri e consentono di orientare le risorse verso obiettivi mirati ed urgenti, anche in un'ottica di coordinamento tra Enti. Parimenti, l'interrogazione del Data WareHouse (DWH) e gli impianti di georeferenziazione consentiranno di sviluppare nuove modalità di controllo in armonia con l'assetto normativo e produttivo. Il loro utilizzo è funzionale al monitoraggio delle azioni intraprese in termini di efficacia (ottenimento del risultato atteso) ed efficienza (economia di sistema).

Setting

Il programma è rivolto al "lavoratore" - *persona, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito di un'organizzazione, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari* (D.Lgs 81/08, art 2 "Definizioni") – inserito nelle aziende private e pubbliche, micro, piccole, medie e grandi dei settori manifatturieri, commerciali e di servizio.

Le valutazioni e i confronti che si intendono realizzare con il presente programma sono rivolte anche alle aziende nella loro totalità, in quanto complessivamente interessate da possibili situazioni infortunistiche e di salute che coinvolgano i lavoratori durante l'orario di lavoro. È pur vero che è intenzione differenziare e procedere, se possibile, ad una valutazione attenta alla dimensione dell'azienda coinvolta ed ai settori maggiormente rappresentati.

Il programma interseca, inoltre, la dimensione "cittadino" nell'affrontare il tema del benessere, che può essere pienamente conseguito agendo nel contesto dell'ambiente di lavoro, nell'ambiente di vita e socio-ambientale.

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Regione Lombardia pratica la trasversalità attraverso il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti – istituzionali e non - identificati con DGR VIII/6918/2008 partecipanti al Sistema Integrato della Prevenzione. Ne fanno parte la DG Welfare, con le ATS e le UOOML ed i Centri Antiveleno delle Aziende Ospedaliere, e le DDGG Istruzione Formazione e Lavoro, Sicurezza e Protezione Civile e Immigrazione, Attività produttive Ricerca e Innovazione, Ambiente Energia e Sviluppo Sostenibile, Agricoltura, la DC Programmazione Integrata, ARPA e:

- soggetti pubblici quali la Direzione Regionale del Lavoro, l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), il Corpo dei Vigili del Fuoco, l'Università, l'Ufficio Scolastico Regionale, le Prefetture, la Magistratura, le Istituzioni centrali e le loro diramazioni periferiche, gli Enti Locali;
- partenariato socio-economico e tecnico-scientifico, ossia le Associazioni datoriali (ABI Commissione Regionale, AGCI Lombardia, ANCE Lombardia, Assolavoro, Assolombarda, Casartigiani Lombardia, CDO Lombardia, CIA Lombardia, CLAI Lombardia, CNA Lombardia, Coldiretti Lombardia, Confagricoltura Lombardia, Confindustria Lombardia, Confartigianato Lombardia, Confcommercio Lombardia, Confcooperative Lombardia, Confesercenti Lombardia, Confindustria Lombardia, Confprofessioni Lombardia, Legacoop Lombardia, Unioncamere Lombardia e le Organizzazioni sindacali dei lavoratori CGIL,

CISL, UGL e UIL per la Lombardia, gli organismi paritetici (regionali, provinciali e territoriali), i medici competenti, gli ordini professionali ed i collegi, la rete dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP), dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), i soggetti abilitati alla verifica delle attrezzature, le aziende "virtuose", le Società Scientifiche e le Associazioni di professionisti della sicurezza.

Grazie all'impegno ed alla forte sinergia in essere, il ruolo e le funzioni esercitate da ciascun Ente rappresentante sono andati definendosi e perfezionandosi in un regime di scambio e confronto costante. L'anno 2014 ha visto una forte collaborazione tra le Direzioni Generali Agricoltura, Ambiente Energia e Sviluppo Sostenibile, Istruzione Formazione e Lavoro, Salute e ARPA Lombardia concretizzatasi nell'approvazione con DGR X/3233/2015 "Approvazione delle linee guida per l'applicazione in Lombardia del piano di azione nazionale (PAN) per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari".

Il modello organizzativo proposto per la realizzazione del programma è intersettoriale e fondato sui principi della responsabilità condivisa che:

- valorizza l'espressione del consenso sociale e garantisce un'ampia partecipazione delle parti sociali e delle Istituzioni con competenze in SSL;
- consente il pieno coinvolgimento di tutti gli attori competenti per gli aspetti di SSL sia nella fase di individuazione di priorità ed obiettivi, sia nella fase di valutazione del guadagno di salute conseguito.

Il percorso per realizzare il programma Tutela salute e sicurezza del lavoratore passa attraverso la "*peer network*", la "rete di pari". Le Istituzioni, le Associazioni datoriali e sindacali danno vita ad una piattaforma collaborativa che affronta, in modo interattivo, la soluzione dei problemi dei lavoratori, dei datori di lavoro e degli organi di vigilanza. Si lavora attorno ad un bisogno condiviso, sul quale sono convogliate energie (e risorse anche finanziarie).

Il confronto nell'ambito della "rete lombarda di pari" si concretizza in incontri trimestrali de:

- la Cabina di regia/Ufficio Operativo DM 22 dicembre 2007;
- il Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08, in stretto dialogo con i Comitati Provinciali di Coordinamento per la definizione delle priorità di intervento, la verifica dei risultati, la diffusione di conoscenza e l'analisi critica delle azioni svolte nei territori.

E' un sistema nel quale ciò che viene prodotto è frutto della cooperazione di tutti e reso disponibile quale risorsa comune. Vi è una partecipazione diretta al processo decisionale fondata sulla motivazione data dalla convergenza di interessi.

La cooperazione applicativa tra gli archivi informativi delle Istituzioni con competenza in materia SSL è esempio tangibile dell'esistenza rete dei pari.

Detto modello organizzativo prevede l'affidamento a Laboratori di approfondimento (LAp) di azioni che concorrano al raggiungimento degli obiettivi regionali. I LAp sono il punto di partenza ottimale per aggregare portatori di conoscenza, tecnici, scientifici, accademici, attorno ad un rilevante ed urgente problema, condiviso e non ancora risolto, complesso, interdisciplinare e di importanza prospettica. Al LAp viene affidato il compito di elaborare soluzioni o di produrre conoscenze innovative, formali, modellizzate, originali, ma sempre pratiche, concrete e applicabili, attraverso opportune modulazioni, ai differenti contesti di riferimento.

Affidare al LAp l'individuazione della soluzione del problema, consentendo così il raggiungimento dell'obiettivo, avvia un processo che arricchisce l'intero Sistema della Prevenzione, promuovendone l'interazione con il contesto culturale e sociale in cui è immerso: lo scambio culturale che avviene all'interno del Laboratorio arricchisce il patrimonio di idee e di opinioni di tutti gli Enti rappresentati, stimolando, nel contempo, la ricerca di procedure e strumenti pratici per il superamento di criticità.

A partire dall'analisi dei dati di contesto, alla luce delle indicazioni europee e dei determinanti negli accadimenti infortunistici, nonché nell'insorgere delle malattie professionali, l'efficacia dell'intervento preventivo va ricercato nell'azione di sistema che induce ad una pianificazione

degli interventi correttivi non più per singolo comparto o settore di attività, ma aggredendo l'evento alla sua origine, quindi per causa di accadimento.
Ne consegue l'individuazione degli ambiti di attività dei LAp in relazione, principalmente, alle categorie di rischio, privilegiando l'approccio trasversale a quello per settore di attività.

LAp	✓	Agricoltura
	✓	Costruzioni
	✓	Infortuni stradali in occasione di lavoro
	✓	Patologie da sovraccarico biomeccanico
	✓	Rischio chimico
	✓	Ruolo SPP nelle strutture sanitarie e sociosanitarie
	✓	Stress lavoro-correlato
	✓	Tumori professionali

Nello specifico si segnala che i LAP, per le loro caratteristiche intrinseche, svolgono anche un ruolo proattivo nel conseguimento degli obiettivi regionali, in particolare il LAp "Infortuni stradali in occasione di lavoro", al quale partecipa attivamente la DG Sicurezza e Protezione Civile, concorre al raggiungimento del MO 5 "Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti" relativamente alla quota attribuibile all'occasione lavorativa.

Misure per le disuguaglianze

La salute è un bene sociale la cui tutela non dovrebbe dipendere unicamente dal servizio sanitario, ma dall'impegno di tutti i settori che possono avere un impatto sulla distribuzione dei determinanti del benessere fisico e mentale dei cittadini e della comunità (dichiarazione di Roma del 18/12/2007dei Ministri europei della Sanità per la strategia Salute in Tutte le Politiche). I livelli di salute rilevabili in una società dipendono sia dalla capacità dei servizi sanitari di provvedere alla cura o alla prevenzione delle malattie, che dalle scelte delle istituzioni e degli stakeholder.

Per ridurre le conseguenze delle disuguaglianze sociali sulla salute occorre intervenire con azioni e politiche, sanitarie e non, capaci di interrompere i vari meccanismi che le innescano, ovvero:

1) *il contesto economico e sociale e le politiche di sviluppo e welfare sono i principali corresponsabili della posizione sociale a cui ogni persona approda nella sua vita: dalla posizione sociale dipende il grado di controllo che la persona ha sulla propria vita;*
2) *a sua volta la posizione sociale influenza la probabilità di essere esposto ai principali fattori di salute fisica e mentale, tra i quali i fattori di rischio legati all'ambiente dove le persone risiedono e lavorano (chimici, biologici, fisici ed ergonomici).*

(da "Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle diseguaglianze sociali in Sanità", alcune domande a Giuseppe Costa, primo autore del libro Luisella Gilardi, DoRS).
Da questi principi originano le Direttive UE e la norma nazionale a tutela della salute e sicurezza del lavoratore (D.Lgs 81/08) su cui poggiano i programmi di prevenzione negli ambienti di lavoro. Il cd Testo Unico Sicurezza sul lavoro dispone che i processi di individuazione e valutazione dei rischi e di individuazione delle misure di tutela collettiva ed individuale riguardino *tutti i rischi per la SSL, ivi compresi l'esposizione a rischi particolari e lo stress lavoro-correlato, … con specifico riferimento alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi, alla tipologia contrattuale*.

Obiettivi specifici e indicatori							
MOC	**Obiettivo Centrale**	**Indicatore Obiettivo centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore Baseline**	**Fonte**	**Valore atteso 2018**
7	7.1	7.1.1	**P9.1 Sviluppo del Sistema Informativo della Prevenzione**	9.1.1 - Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio: - dei rischi e dei danni da lavoro - dei sistemi informativi attivati	Report 2014 (dati 2013)	IMPreS@, PERSON@ Banche dati: INAIL, ISTAT, INPS	Report
7	7.2	7.2.1	**P9.2 Riduzione degli infortuni e delle malattie professionali**	9.2.1 -Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: - comparto agricolo forestale - comparto delle costruzioni - rischio cancerogeno e chimico - rischi per apparato muscolo scheletrico (INDICATORE SENTINELLA)	(anno 2014) 2.989	PERSON@	3300
7	7.7	7.7.1		9.2.2 Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a:	(anno 2012) 3,11	Bd INAIL	2,33
				- comparto agricoltura	938		704
				- comparto edilizia	5,88		4,41
7	7.8	7.8.1		9.2.3 - Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio DDG 6986/2012 fitosanitari; DDG 7629/2011 metalmeccanica; DDG 12209/2010 cosmetici)	Atti regionali	Provvedimenti regionali	Atto regionale
5	5.1.	5.1.1	**P9.2 Riduzione degli infortuni e delle malattie professionali**	9.2.4 - Analisi degli infortuni stradali mortali in occasione di lavoro anche tramite le variabili ESAW per dinamiche e determinanti in Regione Lombardia (Periodo 2011-2013): Tasso di decessi per incidente stradale in occasione di lavoro	(anno 2012) 0,7/100.000 addetti INAIL	Flussi Informativi INAIL/Regioni	-20%
5	5.1	5.1.1		9.2.5 - Analisi del fenomeno infortunistico stradale grave in occasione di lavoro: collaborazione con DG Protezione Civile CMR/Eupolis Lombardia : Tasso di infortuni gravi per incidente stradale in occasione di lavoro	(anno 2012) 26/100.000 addetti INAIL	Flussi Informativi INAIL/Regioni	-10%
7	7.3-4	7.3-4-5.1	**9.3 Il sostegno alle imprese**	9.3.1 Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità - la promozione della responsabilità sociale d'impresa	Atti regionali	Verbali LAp, Cabina. CdCR, CCP	Adozione Programmazione
				- la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative	LAp: SLC, MSK, RSPP sanità		
7	7.6	7.6.1	**P9.4 La formazione alla salute e sicurezza**	9.4.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	=	USR Lombardia	8%

INDICATORI SENTINELLA

Titolo	**EMERSIONE MALATTIE PROFESSIONALI**				
Programma	**9 TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE**				
Azione/Programma	**A.9.2-.2-.3/ P9.2**				
Obiettivo specifico	**Incremento delle segnalazioni e delle denunce di malattie professionali**				
Definizione	Emersione delle patologie di origine professionale misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce registrate nel sistema di sorveglianza regionale Ma.P.I. A differenza del sistema assicurativo, Ma.P.I. raccoglie tutte le segnalazioni e le denunce di patologie di probabile o sospetta origine professionale, indipendentemente dalla decisione del lavoratore se avviare o meno l'iter assicurativo. Inoltre il modello di analisi utilizzato in Ma.P.I. permette di valutare in modo corretto il legame tra malattia ed esposizione a rischi lavorativi in un determinato comparto o singola azienda.				
Numeratore	Numero casi incidenti nel 2018 registrati in Ma.P.I.				
Denominatore	Numero casi incidenti nel 2014 registrati in Ma.P.I.				
Formula matematica	RAPPORTO PERCENTUALE				
Fonte	Ma.P.I.				

Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	2989	3000	3100	3200	3300

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P9.1	A9.1.1 - Integrazione banche dati tra Istituzioni e DDGG del Sistema	Sistema	Contratti sottoscritto con LIspa. Esposte a rischi di sostenibilità economica	Possibili ritardi nell'iter di definizione della collaborazione applicativa
	A9.1.2 - Sviluppo delle funzionalità del Sistema Informativo IMPreS@ e Person@	Sistema		Possibile ritardo nella consegna del modello
P9.2	A9.2.1 - Coordinamento e integrazione delle attività di vigilanza e controllo tra le diverse autorità con competenza in SSL	Sistema	Sostenibilità organizzativa : Piani integrati di vigilanza e controllo; Assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS/ASST (UOOML) ; Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08). Non esposto a rischi di sostenibilità economica	Disallineamento tra obiettivi assegnati a livello nazionale alle diverse autorità competenti in SSL (DTL, INAIL; MIPAF, MPSL, ..)
	A9.2.2 - Produzione report analisi dei fenomeni per la validazione di interventi strategici mirati	Sistema	Sostenibilità organizzativa : Laboratori di Approfondimento e Cabina di regia/Ufficio Operativo DM 21.12.2007). Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A9.2.3 - Promozione dell'utilizzo di strumenti di *enforcement* quali l'*audit*	Sistema	Sostenibilità organizzativa : Laboratori di Approfondimento e Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08. Non esposto a rischi di sostenibilità economica Laboratori di Approfondimento e Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08 che, mediante le interrogazioni del Data Ware House - area "provvedimenti" (c.d. banca dati delle prescrizioni) – già parte integrante del Sistema Informativo della Prevenzione I.M.Pre.S@ - in coerenza con gli atti di indirizzo del Comitato di Coordinamento art. 5 DLgs 81/08 presso il Ministero della Salute, monitorano l'entità e la qualità dell'azione di controllo	
	A9.2.4 - Tavoli di confronto per generazione di un documento che a partire dall'analisi condotta mostri possibili percorsi per interventi preventivi finalizzati alla riduzione degli infortuni stradali in occasione di lavoro	Sistema	Sostenibilità organizzativa Laboratorio	Difficoltà di coordinamento/collaborazione tra enti
	A9.2.5 - Tavoli di lavoro per condivisione su possibili forme di incentivazione che si riferiscano anche all'attività di formazione interna delle aziende.	Sistema	Sostenibilità organizzativa Laboratorio	Mancata collaborazione INAIL

P9.3	A9.3.2 - Promuovere buone prassi e percorsi virtuosi quali RSI e SGSL	Sistema	Sostenibilità organizzativa : Laboratori di Approfondimento Cabina di regia/Ufficio Operativo DM 21.12.2007 e Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08. Esposto a rischi di sostenibilità economica da parte delle aziende	
	A9.3.1 - Promozione di percorsi di qualità della formazione SSL nelle aziende	Sistema	Sostenibilità organizzativa : Cabina di regia/Ufficio Operativo DM 21.12.2007 e Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08. Non esposto a rischi di sostenibilità economica	==
P9.4	A9.4.1 - Formazione	Operatori della prevenzione Tecnici, Dirigenti sanitari medici e non delle ATS e delle UOOML	Piano regionale annuale della Formazione approvato con DGR. Esposta a rischi di sostenibilità economica	==
	A9.4.2 - Integrazione SSL nei curricula scolastici	Popolazione scolastica 6-19 anni	dgr n. X/3328 del 6.3.2015 (pubblicata su BURLSO n. 11 del 13 marzo 2015) "Certificazione delle competenze in materia di salute e sicurezza nei percorsi scolastici e di istruzione e formazione professionale" di concerto con la DG Istruzione, Formazione e Lavoro. Esposta a rischi di sostenibilità organizzativa (limitata collaborazione con INAIL e USR) ed economica	Adesione volontaria degli istituti scolastici al progetto di Integrazione della SSL nei curricula scolastici

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A9.1.1 Integrazione banche dati tra Istituzioni e DDGG del Sistema				
A9.1.2 Sviluppo delle funzionalità del Sistema Informativo IMPreS@ e Person@				
A9.2.1 Coordinamento e integrazione delle attività di vigilanza e controllo tra le diverse autorità con competenza in SSL				
A9.2.2 Produzione report analisi dei fenomeni per la validazione di interventi strategici mirati				
A9.2.3 Promozione dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit				
A9.3.1 Promozione di percorsi di qualità della formazione SSL nelle aziende				
A9.3.2 Promuovere buone prassi e percorsi virtuosi quali RSI e SGSL				
A9.4.1 Formazione				
A9.4.2 Integrazione SSL nei curricula scolastici				

P.10 PROGRAMMA: "INTEGRAZIONE SALUTE E AMBIENTE"

Descrizione del programma

Nel 1993, l'Organizzazione Mondiale della Sanità affermava che il concetto di Ambiente e Salute "*comprende quegli aspetti della salute umana, inclusa la qualità della vita, che sono determinati da fattori fisici, biologici, sociali e psicosociali dell'ambiente*". Oggi, è ormai radicata la consapevolezza dell'esistenza di uno stretto legame tra la qualità dell'ambiente in cui viviamo e il nostro benessere psico-fisico.

Il programma "Integrazione Salute e Ambiente" è volto ad incrementare la capacità di lettura e di intervento sistemico sul territorio delle Amministrazioni e degli Enti locali, integrando le informazioni ambientali con quelle per la tutela della salute dei cittadini. Obiettivo principale è consolidare all'interno del Sistema Integrato della Prevenzione un approccio metodologico interdisciplinare per la valutazione preventiva degli impatti/ricadute sulla salute derivanti da progetti ed opere e per l'adozione di interventi di prevenzione delle esposizioni a inquinanti chimici, fisici e microbiologici in ambienti confinati e non (inquinamento indoor e outdoor).

Il Piano Nazionale della Prevenzione, approvato dalla Conferenza Stato Regioni in data 13 Novembre 2014, sottolinea inoltre la *"forte esigenza di riqualificare le valutazioni preventive a supporto delle Amministrazioni effettuate dagli operatori della sanità pubblica e di fornire indicazioni per sviluppare adeguatamente la componente salute nell'ambito delle procedure di VAS e di VIA*" (Macro Obiettivo 8).

Su queste tematiche, ed altre direttamente correlate, la DG Welfare è già intervenuta con l'emanazione di atti quali:

- "Linee guida per la bonifica di manufatti in posa contenenti fibre vetrose artificiali" (DDGS n. 13541del 22.12.2010);
- "Linee guida per la prevenzione delle esposizioni al gas radon in ambienti indoor" (DDGS n. 12678 del 21.12.2011);
- "Linee guida per la componente salute pubblica degli studi di impatto ambientale ai sensi dell'art. 12, comma 2, del regolamento regionale 21 novembre 2011, n° 5" (DGR X/1266/2014).

Tali atti sono successivi alla l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità» nella quale, al titolo VI « Norme in materia di prevenzione e promozione della salute» ed in particolare all'art.55, si enuncia che tale norma «persegue la finalità di una più elevata tutela della salute dei cittadini, mediante la disciplina di un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull'appropriatezza, sull'evidenza scientifica di efficacia e sulla semplificazione dell'azione amministrativa».

Nel presente programma si inseriscono anche le politiche a tutela del cittadino, fruitore della matrice acqua destinata sia all'uso potabile sia alla balneazione, con riferimento rispettivamente alle norme:

- ✓ D.Lgs n. 31/2001 di attuazione della direttiva 98/83/CE che stabilisce la verifica della qualità dell'acqua distribuita da parte sia dei gestori, tramite controlli interni, sia dalle ATS, tramite controlli esterni;
- ✓ D.Lgs n. 116/2008 di attuazione della direttiva 2006/7/CE che ne disciplina la gestione della qualità attraverso l'individuazione delle responsabilità nel sistema istituzionale del Ministero della Salute, Regioni, ATS e Comuni.

Concorrono a sviluppare in modo completo le interrelazioni tra le aree salute e ambiente i contenuti specifici dei programmi regionali: Programma N. 11 Piano dei controlli sulle sostanze chimiche, Programma N. 12 Prevenzione e controllo rischio amianto.

Obiettivo generale

Per *ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute* (MO 8) si perseguono i seguenti obiettivi specifici:

a. Definizione di strumenti efficaci per la stima degli impatti sulla salute all'interno delle procedure di VIA e di VAS

Poiché ad oggi la valutazione della componente salute nelle procedure di VIA/VAS è sviluppata in modo parziale - non garantendo la piena attuazione della normativa di settore (DPCM 27/12/88 e Dlgs 152/2006) - si intende colmare tale lacuna fornendo indicazioni atte ad una adeguata conduzione delle valutazioni, a supporto delle decisioni che le Autorità Competenti devono assumere per la realizzazione di nuovi progetti, modifiche di impianti produttivi e/o opere infrastrutturali.

La DG Welfare partecipa (DGR X/2878/2014), anche ai fini del conseguimento del presente obiettivo, al progetto "*Tools for Health Impact Assessment* Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti" del Programma 2013 del Centro Nazionale per il Controllo delle malattie (CCM). Tale progetto individua principi, metodologie e strumenti rivolti sia ai valutatori sia ai proponenti e persegue lo scopo di ottenere un prodotto applicabile a livello nazionale, riconosciuto quale atto di indirizzo per la conduzione della VIS in Italia. La realizzazione del progetto CCM costituisce ulteriore occasione per il consolidamento della rete dei referenti regionali con competenze sanitarie sul tema.

b. Governo delle problematiche sanitarie attribuibili a inquinamenti ambientali

Obiettivo dell'attività di governance svolta dalla DG Welfare è quello di supportare le ATS nella gestione di problematiche/emergenze di tipo ambientale che interessano le diverse matrici – acqua, aria e suolo - accertate e/o presunte che possono avere conseguenze sulla salute della popolazione. Al fine di dare indicazioni per ridurre, attraverso interventi di prevenzione collettiva, le esposizioni ai principali inquinanti, con particolare attenzione ai recettori più sensibili (bambini, anziani, soggetti con malattie croniche, come asma, BPCO, allergie, malattie cardiovascolari), sostiene e sviluppa la conoscenza dei livelli espositivi della popolazione generale a inquinanti ambientali.

c. Conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute, anche attraverso lo sviluppo del Sistema Informativo della Prevenzione

Gli studi che permettono di indagare il rapporto tra inquinanti ambientali e salute hanno un alto valore scientifico e programmatorio. La DG Welfare ha promosso il progetto di ricerca ESSIA, acronimo di Effetti Sulla Salute dell'Inquinamento Atmosferico, che ha analizzato gli effetti dell'inquinamento atmosferico sulla salute della popolazione in Regione Lombardia ed ha permesso di conoscere in modo più approfondito i meccanismi biologici alla base di tali effetti (Convenzione tra Regione Lombardia – DG Sanità, Fondazione IRCSS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Dipartimento di Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano). Il progetto di ricerca ESSIA è parte integrante del Piano Regionale degli Interventi per la qualità dell'Aria (PRIA) - Valutazione Ambientale Strategica.

Ciò premesso, si ritiene fondamentale disporre di un sistema informativo prospettico che integri indicatori ambientali e sanitari, giacché rappresenterebbe un ulteriore strumento per l'analisi della relazione tra rischio ambientale ed esposizione/effetto in grado di accrescere il patrimonio informativo utile alla definizione di strategie di protezione ambientale e di prevenzione della salute. La realizzazione di questo sistema informativo costituisce obiettivo specifico del presente programma regionale e rappresenta il naturale sviluppo dell'attuale Sistema Informativo della Prevenzione, concorrendo a raggiungere obiettivi di cui alla L.R. 33/09 in tema di semplificazione amministrativa, per le positive ricadute sia nei confronti del soggetto valutato che dell'Autorità competente della valutazione di impatto ambientale e valutazione ambientale strategica.

d. Formazione in materia di salute e ambiente

La forte esigenza di riqualificare il ruolo e di valorizzare l'apporto degli operatori della sanità pubblica, all'interno delle procedure di valutazione preventive, ha indotto Regione Lombardia

alla realizzazione di adeguati percorsi formativi. Scopo delle iniziative formative realizzate è stato quello di fornire un contributo specialistico, qualificante, in tempi rapidi. Dette iniziative sono state condotte anche attraverso momenti di confronto e di apprendimento avvalendosi di strumenti e metodi tipici dell'approccio tossicologico per la valutazione del rischio per la salute umana (Risk Assessment - RA) e tramite approccio epidemiologico (Health Impact Assessment – HIA) al fine di affinare le capacità, degli operatori delle ATS, di valutare le ricadute sulla salute delle trasformazioni territoriali e ambientali, delle esposizioni ad inquinanti (sia in fase emergenziale -esposizione acuta- sia per esposizioni continuative cumulative e prolungate -esposizione cronica-).

e. Promozione, sensibilizzazione e comunicazione alla popolazione

La comunicazione del rischio va intesa come un processo di interesse pubblico, che ha bisogno di condizioni e di modalità, condivise e adeguate, per realizzarsi utilmente. Sono state anche definite regole empiriche per la gestione della comunicazione del rischio. La Pubblica Amministrazione, ha, in questo settore, un ruolo di garanzia che può svolgere attraverso una funzione di promozione innovativa di grande rilevanza, a partire da esperienze già condotte e sotto l'azione centrale del Ministero della Salute, nonché in ottica emergenziale a cura del Ministero dell'Interno - Uffici di Governo Territoriale delle diverse Prefetture.

Setting

Il programma è rivolto alla popolazione, intesa sia come cittadino che vive la realizzazione di progetti ed infrastrutture che trasformano il territorio in cui risiede, sia come *fruitore della matrice acqua*, sia come lavoratore impegnato nella costruzione e nell'esercizio dell'opera. Il programma affronta il tema del benessere del cittadino nel contesto dell'ambiente di vita e dell'ambiente di lavoro.

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Regione Lombardia pratica la trasversalità attraverso il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti – istituzionali e non - identificati con DGR VIII/6918/2008 partecipanti al Sistema Integrato della Prevenzione, ed in particolare, con riguardo alla rete dei referenti dell'integrazione salute ed ambiente:

- la DG Welfare, con le ATS e le UOOML inserite nelle ASST e nelle Università ed i Centri Antiveleni di Milano, Bergamo e Pavia;
- la D.G. Ambiente, Energia e Sviluppo Sostenibile ed ARPA Lombardia, per il consolidamento di una stretta sinergia necessaria a sviluppare sinergia – pur nel rispetto delle specificità - tra i temi salute ed ambiente;
- le Istituzioni centrali e le loro diramazioni periferiche quali il Corpo dei Vigili del Fuoco, le Prefetture, l'Autorità Giudiziaria, Nuclei Operativi Ecologici (N.O.E.), gli Enti Locali;
- le Province, gli Ambiti Territoriali Ottimali (A.T.O.), gli enti gestori degli acquedotti
- il partenariato socio-economico e tecnico-scientifico.

Utile risulta il modello organizzativo regionale nato con il Piano regionale SSL che ha previsto l'affidamento a specifici Laboratori di approfondimento (LAp) - ove si incontrano portatori di conoscenza, tecnici, scientifici, accademici - dello studio di ambiti di materie non ancora risolti, complessi, interdisciplinari e di importanza prospettica. Ne sono stato esempio la redazione e la condivisione delle "linee guida per la gestione in sicurezza degli impianti di produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili, mediante digestione anaerobica di substrati a matrice organica", comunemente detti biogas, nelle fasi significative della loro vita utile, all'interno del LAp agricoltura, attraverso la collaborazione con la DG Ambiente Energia e Sviluppo Sostenibile (DDGS n. 6463 del 7.04.2014). Si ritiene che i LAp di influenza e contatto per l'attuazione del presente programma siano:

LAp	✓ rischio chimico	✓ tumori professionali	✓ agricoltura

Obiettivi specifici e indicatori							
MOC	**Obiettivo centrale**	**Indicatore Obiettivi centrali**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore regionale Baseline**	**Fonte**	**Valore regionale atteso 2018**
8	8.1	8.1.1	**P10.1 Definizione di strumenti efficaci per la stima degli impatti sulla salute all'interno delle procedure di VIA e di VAS**	10.1.1 Rapporti/Report di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata ambiente e salute anche a scala locale	Non rilevato	Regione	1 Report RL e 1 per ATS
		8.1.2		10.1.2 Rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	Non rilevato	Regione	1 Report RL e 1 per ATS
	8.3	8.3.1		10.1.3 Atto di indirizzo regionale per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	1 DGR linee guida proponenti	Regione	1 revisione DGR linee guida proponenti + 1 DGR linee guida valutatori
8	8.4	8.4.1	**P10.2 Governo delle problematiche sanitarie attribuibili a inquinamenti ambientali**	10.2.1 Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche sanitarie (accertate o presunte) attribuibili all'inquinamento ambientale	15 (1 per ATS) 1. Manuali operativi di G.I. In ambito di emergenze ambientali (esposizioni acute)	Regione	Atto di indirizzo regionale finalizzato ad uniformare le procedure
				10.2.2 Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche sanitarie (accertate o presunte) attribuibili all'inquinamento delle acque destinate al consumo umano	Circolare 15/SAN/2004 Linee Guida per l'applicazione del D.Lgs 31/01 concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano	Regione	Linee guida per il controllo dei residui di fitosanitari e altri parametri chimici di interesse nelle acque destinate al consumo umano
				10.2.3 Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche sanitarie (accertate o presunte) attribuibili all'inquinamento delle acque destinate alla balneazione	Note regionali ad ATS e Comuni	Regione	Linee guida
8	8.2	8.2.1	**P 10.3 Conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute**	10.3.1 Accordo istituzionali per la progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ambientali	Non rilevato	Regione	1 Accordo RL /ARPA Lombardia e 1 Accordo ATS /ARPA Dip.

8	8.2	8.2.2	**anche attraverso lo sviluppo del Sistema Informativo della Prevenzione**	10.3.2 Rapporti degli studi di background per contaminanti ambientali	Non rilevato	Regione	1 Report
		8.2.2		10.3.2 Rapporti degli studi di background per contaminanti ambientali 10.3.3 Accordo istituzionale per la progettazione e realizzazione di sistema informativo che integri indicatori ambientali e sanitari	Non Rilevato	Regione	1 Report
8	8.5	8.5.1	**P10.4 formazione in materia di salute e ambiente**	10.4.1 Definizione curriculum formativo	Non rilevato	Regione	Definizione dei contenuti minimi del curriculum formativo
		8.5.2		10.4.2 Realizzazione di corsi di formazione per formatori Progettazione corso	Non rilevato	Regione	Realizzazione di un corso di formazione
		8.5.3		10.4.3 % operatori ATS, MMG e PLS formati	Non rilevato	Regione	50 % operatori ATS, MMG e PLS formati
8	8.6	8.6.1	**P10.5 promozione, sensibilizzazione e comunicazione alla popolazione**	10.5.1 Recepimento delle linee guida nazionali sulla comunicazione del rischio o adozione di atto di indirizzo regionale	Non rilevato	Regione	1 Atto formale di recepimento delle linee guida nazionali o regionali
8	8.10	8.10.1		10.5.2 Monitoraggio dell'adozione da parte dei Comuni delle linee guida Rischio radon (INDICATORE SENTINELLA)	Non rilevato	Regione	Adozione dell'indirizzo regionale da parte di almeno il 10% dei Comuni
8	8.11	8.11.1		10.5.3 Promozione del corretto uso dei cellulari al target in età pediatrica	Non rilevato	Regione	Report
8	8.12	8. 12.1		10.5.4 Promozione sul corretto uso dell'eccessiva esposizione agli UV in particolare ai giovani e giovanissimi	Non rilevato	Regione	Report

INDICATORI SENTINELLA

Titolo	**ADOZIONE DA PARTE DEI COMUNI DI MISURE DI PREVENZIONE RISCHIO RADON**				
Programma	**10 - INTEGRAZIONE SALUTE E AMBIENTE**				
Azione/Programma	A10.5.2/P10.5				
Obiettivo specifico	**Promozione, sensibilizzazione e comunicazione alla popolazione**				
Definizione	Relativamente alle misure di prevenzione del rischio RADON, con decreto Direttore Generale Sanità del 21.12.2011, n. 12678, è stato approvato il documento "Linee guida per la prevenzione delle esposizioni al gas radon in ambienti indoor", allo scopo di fornire uno strumento operativo per i Comuni, per i progettisti e per i costruttori di edifici. Il citato documento contiene indicazioni e suggerimenti riguardanti la realizzazione di nuovi edifici radon-resistenti e le azioni per ridurre l'esposizione al gas radon nel caso di edifici esistenti, anche in sinergia con gli interventi finalizzati al risparmio energetico.				
Numeratore	N. comuni che adottano le misure di prevenzione RADON				
Denominatore	N. comuni lombardi				
Formula matematica	Rapporto percentuale				
Fonte	REGIONE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	Non rilevato	1% comuni lombardi	4% comuni lombardi	7% comuni lombardi	10% comuni lombardi

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P10.1	A10.1.1 Partecipazione attiva all'elaborazione di piani e programmi in procedura di VAS	Sistema	Sostenibilità organizzativa Assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS; Progetto CCM VIS Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A10.1.2 Rapporti di attività sulla partecipazione attiva alle procedure di VAS e di VIA	Sistema	Sostenibilità organizzativa Assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS Progetto CCM VIS Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
P 10.2	A10.2.1 Realizzazione di Tavoli di lavoro con ARPA, ATS /Oss Epidemiologici/UOOML per definizione di Accordo	Comuni, Cittadini	Sostenibilità organizzativa Assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS; Non esposto a rischi di sostenibilità economica	

	A10.2.2 – Realizzazione di Tavoli di lavoro con ARPA, ATS /Oss. Epidemiologici/UOOML al fine della progettazione e realizzazione di uno/più studi di esposizione su contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione	Sistema	Sostenibilità organizzativa Assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS /ASST (UOOML) Esposto a rischi di sostenibilità economica	Non condivisione della banche dati esistenti (sanitarie ambientali)
	A10.2.3 Raccolta e analisi dei dati di contesto da fonti regionali (fitosanitari, falda, acque distribuite)	Sistema	Esposto a rischi di sostenibilità organizzativa Non esposto a rischi di sostenibilità economica	Non condivisione della banche dati esistenti
	A10.2.4 Definizione Linee guida per controlli ATS acque potabili	Sistema	Esposto a rischi di sostenibilità organizzativa Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A10.2.5 – Realizzazione di Tavoli di lavoro per la redazione di linee guida per la balneazione	Sistema	Non esposto a rischi di sostenibilità organizzativa Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
P10.3	A10.3.1 - Svolgimenti di incontri con D.G. Ambiente, ATS, ARPA e per condivisione metodologie di valutazione dell'impatto sulla salute	Sistema	Sostenibilità organizzativa Progetto CCM VIS Non esposto a rischi di sostenibilità economica	Indisponibilità delle banche dati sanitarie e ambientali. Mancata georeferenziazione delle informazioni sanitarie.
	A10.3.2 Produzione atto di indirizzo regionale; tavoli di lavoro con ATS, CAV e UOOML	Sistema	Sostenibilità organizzativa Esposto a rischi di sostenibilità economica	
P10.4	A10.4.1 – Creazione di un Curriculum formativo per gli operatori legato alla integrazione dei temi di integrazione ambiente-salute	Sistema	Sostenibilità organizzativa Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A10.4.2 – progettazione e realizzazione corsi di formazione per formatori	Sistema	Piano Formazione Regionale Esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A10.4.3 - Effettuazione di corsi di formazione per operatori ATS, MMG e PLS	Sistema	Piano Formazione Aziendale (ATS) Esposto a rischi di sostenibilità economica	
P 10.5	A10.5.1 Tavolo di lavoro con ATS per adozione linea guida nazionali o elaborazione linee guida regionali	Sistema	Sostenibilità organizzativa Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A10.5.2 Promozione adozione delle linee guida Rischio Radon da parte dei comuni	Sistema	Sostenibilità organizzativa Non esposto a rischi di sostenibilità economica	Collaborazione da parte di Comuni
	A10.5.3 Tavolo con agenzia di comunicazione per promozione del corretto uso dei cellulari al target in età pediatrica	Sistema	Sostenibilità organizzativa Esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A10.5.4 Tavolo con agenzia di comunicazione per promozione sul corretto uso dell'eccessiva esposizione agli UV in particolare ai giovani e giovanissimi	Sistema	Sostenibilità organizzativa Esposto a rischi di sostenibilità economica	

P.11 PROGRAMMA: "PIANO DEI CONTROLLI SULLE SOSTANZE CHIMICHE"

Descrizione del programma

Il controllo ufficiale sulle sostanze chimiche è disposto nel rispetto dell'art. 125 del Regolamento (CE) 1907/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH) (G.U. n. 285 del 07.12.2009) e dell'art. 46 del Regolamento (CE) 1278/2008 del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente la classificazione, l'etichettatura e l'imballaggio delle sostanze e delle miscele (CLP).

Il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno stipulato l'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs 28.08.1997, n. 281 (Rep. 181/CSR del 29/10/2009), che ne definisce il sistema e le linee di indirizzo.

Regione Lombardia, a sua volta, ne ha recepito i contenuti con DGR IX/1534/2011 "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano rep. N. 181/CSR del 29.10.2009 concernente il sistema dei controlli ufficiali e relative linee di indirizzo per l'attuazione del Regolamento CE n. 1907 del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH)" (BURL S.O. n. 17 del 29.04.2011).

In dettaglio:

1. l'Autorità competente per i controlli REACH è individuata nella D.G. Welfare di Regione Lombardia, cui sono assegnate funzioni di programmazione, coordinamento e raccordo istituzionale con il Ministero della Salute, Autorità competente nazionale;
2. le ATS - articolazioni territoriali cui spettano, ai sensi della l.r. 30.12.2009, n. 33, il controllo e la vigilanza sulle sostanze pericolose - effettuano il controllo ufficiale sull'applicazione del Regolamento REACH e delle norme collegate in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio di sostanze e miscele pericolose (Regolamento (CE) 1272/2008 (CLP), D.Lgs 52/1997, D.Lgs 65/2003) tramite il Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS);
3. le ATS assolvono, ai sensi della l.r. 05.12.1983, n. 90, le funzioni amministrative relative all'irrogazione di sanzioni per violazioni commesse sul territorio lombardo i cui proventi sono destinati ai DIPS per incrementare qualità e quantità dell'attività di vigilanza e ispezione per la tutela della popolazione e dei lavoratori dai rischi chimici.

Annualmente il Ministero della Salute emana il Piano Nazionale delle attività di controllo sui prodotti chimici, successivamente adottato dalla DG Welfare mediante le *Regole di esercizio del servizio sanitario regionale.* Il governo della pianificazione dei controlli regionali è agito all'interno del Laboratorio di approfondimento (Lap) "Rischio chimico" secondo criteri e regole condivise e applicate dai singoli DIPS delle ATS.

La Conferenza Stato Regioni, nella seduta del 7 maggio, ha approvato l'" Accordo tra il Governo, le Regioni e le provincie Autonome concernente il Protocollo tecnico nazionale per la rete dei laboratori e le attività di campionamento ed analisi di sostanze, miscele e articoli riguardanti il controllo ufficiale in applicazione a quanto previsto all'allegato A, paragrafo 10, dell'accordo Stato-Regioni del 29.10.2009 (Rep. Atti n. 181/CSR), inerente l'attuazione del regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH)".

Obiettivo generale

Il programma dei controlli sulle sostanze chimiche persegue l'obiettivo generale di tutela del cittadino/lavoratore/consumatore dal rischio di esposizione legato all'uso di sostanze pericolose contenute nelle miscele e negli articoli. Si compone dei seguenti obiettivi specifici:

a. Attività di controllo

La DG Welfare ha assegnato a ciascuna ATS la realizzazione di almeno due controlli documentali e due analitici [selezionati tra quelli previsti nell'allegato XVII (restrizioni) o nell'allegato XIV (autorizzazioni) del Reg. REACH e CLP]. La programmazione dell'attività di controllo 2015 si pone in continuità con il 2014 ed è stata approvata con DGR X/2989/2014 e con atti di indirizzo successivi (H1.2015.0002190 del 21.01.2015, H1.2015.0007547 del 10/03/2015) che danno piena attuazione al Piano Nazionale 2015 ("*... nel territorio di ciascuna Regione e PA sono effettuati ... almeno due controlli ...*"). Il programma delle attività di controllo è definito secondo i criteri ed i metodi concordati con i DIPS e le parti sociali all'interno del Lap "Rischio chimico", documenti che costituiscono l'allegato tecnico ai seguenti atti regionali:

- Decreto n. 10009 del 28.10.2011 - Linee guida per l'effettuazione dei controlli previsti dai regolamenti Reach e CLP in RL;
- Decreto n. 4398 del 21.05.2012 - Metodologia di selezione delle imprese oggetto di controllo di conformità circa l'applicazione dei Regolamenti Reach e Clp;
- Decreto n. 5028 del 07.06.2012 - Linee guida per la gestione delle segnalazioni di non conformità ai Regolamenti Reach e Clp;
- Decreto n. 10464 del 19.06.2012 - Indicazioni operative per l'irrogazione delle sanzioni amministrative disposte in materia di sostanze chimiche.

Preme sottolineare quanto una tempestiva identificazione di problematiche emergenti che possono derivare dall'immissione in commercio di nuovi prodotti sia parte importante di una corretta azione di controllo. Per questo è stato affidato ai Centri Antiveleni (CAV) un ruolo importante poiché costituiscono una fonte informativa nodale nelle segnalazioni di non conformità di un prodotto in situazioni di emergenza, come descritto nel DDGS n. 5028/6/2012 sopra citato.

La DG Welfare – fatto salvo il rispetto delle fasi e degli impegni programmatori per il riordino del Sistema Sanitario Regionale previsto dalla L.R. n. 23/2015 - definirà di concerto con le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) sede di Centro Antiveleni (CAV), anche attraverso l'eventuale perfezionamento degli attuali flussi informativi, il contenuto di report consuntivi al Ministero della Salute da trasmettere prima della conclusione del PRP (vedi P.11.1.2).

Particolare rilievo assumono anche le verifiche effettuate in ambito 81/08 e che hanno evidenti ricadute derivanti dall'implementazione di REACH & CLP.

b. Sviluppo del Sistema Informativo della Prevenzione

Il Sistema Informativo della Prevenzione I.M.Pre.S@ è strumento che assicura una rilevazione uniforme dell'attività di controllo REACH e CLP svolta dai DIPS. Altresì, la funzionalità cd "provvedimenti" consente la raccolta delle non conformità ai Regolamenti REACH e CLP (violazioni per inottemperanza degli obblighi in materia). Lo sviluppo del Sistema Informativo della Prevenzione verso l'integrazione di ulteriori indicatori di monitoraggio del Piano Nazionale dei controlli è obiettivo specifico e imprescindibile del presente programma regionale.

c. Formazione in materia di sostanza chimiche

La formazione alla salute e sicurezza è una misura generale di tutela. In continuità e ad ulteriore approfondimento dei corsi erogati direttamente ed indirettamente dalla DG Welfare agli operatori delle ATS sui temi della sicurezza chimica, il programma persegue l'obiettivo di realizzare nuove iniziative tese a formare formatori rivolte a operatori dei DIPS e di ARPA, ai Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) delle Aziende Ospedaliere e delle imprese.

d. Campagne informative

Regione Lombardia ha avviato, da alcuni anni, iniziative di comunicazione al fine di informare il cittadino-consumatore sui nuovi simboli di pericolo previsti dai nuovi Regolamenti emanati dalla Comunità Europea. Di fatto, il Regolamento Europeo CLP Classification, Labelling and Packaging cambia l'etichetta e l'imballaggio dei prodotti chimici al fine di adeguare il Sistema europeo a

quello Internazionale proposto dalle Nazioni Unite: il **GHS** ovvero **Sistema Globale Armonizzato**. Per questo sono previste campagne informative rivolte ai cittadini/consumatori/lavoratori interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche.

Setting

Il programma dei controlli sulle sostanze chimiche è rivolto al cittadino/lavoratore/consumatore.

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Regione Lombardia pratica la trasversalità attraverso il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti – istituzionali e non - partecipanti al Sistema Integrato della Prevenzione, identificati con DGR VIII/6918/2008 di approvazione del "Piano regionale 2008-2010 per la promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro). Anche la realizzazione di questo programma, al pari di quelli che concorrono al raggiungimento dei MO 7 e 8, passa attraverso la "*peer network*", la "rete di pari". In particolare, accanto alla DG Welfare, rappresentata dalla UO Prevenzione affiancata, per le specifiche tematiche (es. biocidi in agricoltura) dalla UO Veterinaria, operano le ATS, le UOOML, i Centri Antiveleno (CAV) delle ASST, le DDGG Commercio, Agricoltura, le Associazioni datoriali (Confindustria, Federchimica, AssicC, …) e sindacali per affrontare situazioni di potenziale rischio per i consumatori/lavoratori.

Il modello organizzativo praticato è improntato all'intersettorialità e fondato sui principi della responsabilità condivisa che:

- valorizza il confronto e garantisce un'ampia partecipazione da parte di tutti gli aventi diritto;
- consente il pieno coinvolgimento di tutti gli attori competenti per gli aspetti di tutela del cittadino/consumatore/lavoratore sia nella fase di individuazione di priorità ed obiettivi, sia nella fase di valutazione del guadagno di salute conseguito.

Il programma riferito alle sostanze chimiche è affidato al Laboratorio di approfondimento (LAp) Rischio chimico, la cui conduzione è affidata all'Università degli Studi dell'Insubria. Il LAp aggrega portatori di conoscenza, tecnici, scientifici, accademici in una logica interdisciplinare e prospettica. Il Laboratorio Rischio Chimico assolve alle funzioni di: verifica della qualità della valutazione del rischio chimico effettuata da parte delle aziende, anche alla luce dell'evoluzione di regolamenti europei attraverso tavoli di confronto con gli ambiti istituzionali relativamente alle "buone prassi", approfondimenti su temi emergenti (es. nanotecnologie), verifiche formali e sostanziali degli obiettivi della prevenzione in ambito produttivo, indirizzare e supportare il sistema della prevenzione favorendo il massimo livello di integrazione tra le numerose professionalità necessarie - medici del lavoro ed igienisti, dirigenti chimici, ingegneri, biologi, fisici ecc - all'interno dei servizi. Il Lap opera attraverso gdl/sottogruppi in relazione agli obiettivi specifici, quali: programmazione e conduzione controllo; prevenzione e controlli per elaborazione di procedure operative; laboratori analitici. Il Lap Rischio chimico interagisce con il Lap tumori professionali per le specifiche problematiche.

MOC	Obiettivo centrale	Indicatore Obiettivi centrali	Obiettivo specifico regionale	Indicatore di programma	Valore regionale Baseline	Fonte	Valore regionale atteso 2018
8	8.7	8.7.1	**P11.1 Attuazione di attività di controllo**	11.1.1 - Sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del piano nazionale delle attività di controllo sulle sostanze chimiche (INDICATORE SENTINELLA)	PNC 2014	I.M.Pre.S@	raggiungimento obiettivi annuali PNC
6	6.5	6.5.1		11.1.2 - Potenziamento dei flussi informativi dai CAV per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	Accordo Stato Regione CAV	Report	Report incidenti domestici di origine chimica
8	8.7	8.7.1	**P 11.2 Sviluppo del Sistema Informativo della Prevenzione**	11.2.1 - Sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del piano nazionale delle attività di controllo sulle sostanze chimiche	Tracciato di rilevazione attività di controllo e provvedimenti	I.M.Pre.S@	Perfezionamento della rilevazione controlli REACH e CLP tramite I.M.Pre.S@
8	8.8	8.8.1	**P 11.3 Formare gli operatori ATS /ASST/ARPA sui temi della sicurezza chimica con il fine di informare e assistere imprese e loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche**	11.3.1 - Numero corsi per formatori	1 corso	Report	1 corso

INDICATORE SENTINELLA

Titolo	**ATTUAZIONE PIANO NAZIONALE CONTROLLI**				
Programma	**11 - PIANO DEI CONTROLLI SULLE SOSTANZE CHIMICHE**				
Azione/Programma	A.11.1.1/ P.11.1				
Obiettivo specifico	**Attuazione di attività di controllo**				
Definizione	Il Ministero della Salute emana il Piano Nazionale annuale delle attività di controllo sui prodotti chimici. La DG Welfare lo adotta all'interno delle *Regole di esercizio del servizio sanitario regionale* per l'anno in corso. In questo modo il raggiungimento degli obiettivi del Piano è garantito nell'assegnazione di specifici obiettivi alle ATS				
Numeratore					
Denominatore					
Formula matematica					
Fonte	I.M.Pre.S@				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	PNC 2014	Raggiungimento obiettivi PNC 2015	Raggiungimento obiettivi PNC 2016	Raggiungimento obiettivi PNC 2017	Raggiungimento obiettivi PNC 2018

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P11.1	A 11.1.1– coordinamento ATS attività programmazione ed conduzione controllo	ATS, ASST – UOOML, imprese, lavoratori, consumatori	Sostenibilità organizzativa: assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS /ASST (UOOML) Lap Rischio chimico/ sottogruppo coordinamento Non esposto a rischi di sostenibilità economica	Partecipazione attiva e responsabile da parte dei componenti il tavolo
P11.1	A 11.1.2 – elaborazione di procedure operative (FAQ, criteri, linee, liste , …) per la conduzione controllo	ATS, ASST – UOOML, imprese, lavoratori, consumatori	Sostenibilità organizzativa: Lap Rischio chimico/sottogruppo prevenzione e controlli Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
P11.1	A 11.1.3 - elaborazione di procedure operative per la sostituzione di sostanze classificate cancerogene e/o pericolose (es formaldeide)	ATS, ASST – UOOML, imprese, lavoratori, consumatori	Sostenibilità organizzativa: Lap Rischio chimico /sottogruppo intersettoriale	
P 11.1	A 11.1.4 - implementazione dell'accordo SR ratificato il 23.04.2015	ATS, LSP, ASST-UOOML	Sostenibilità organizzativa: assegnazione Obiettivi a Direttori Generali ATS /ASST (UOOML) Lap Rischio chimico /sottogruppo laboratori analitici Esposto a rischi di sostenibilità economica	Disallineamento Laboratori Sanità Pubblica e ASST UOOML
P 11.2	A 11.2.1 - Perfezionamento dell'integrazione dei CAV nel sistema della Prevenzione	CAV, ATS, ASST UOOML	Esposto a rischi di sostenibilità organizzativa. Esposto a rischi di sostenibilità economica	Disallineamento dei CAV ASST
P 11.3	A 11.3.1 Sviluppo delle funzionalità del Sistema Informativo IMPreS@	Sistema	Contratti sottoscritto con LIspa. Esposte a rischi di sostenibilità economica	
P 11.4	A 11.4.1 - Formazione	EUPOLIS, ATS, ASST	Piano regionale annuale della Formazione approvato con DGR. Esposta a rischi di sostenibilità economica	

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A 11.1.1 – Prosecuzione attività del laboratorio di approfondimento rischio chimico sottogruppo coordinamento per supporto alle ATS nella programmazione ed conduzione controllo				
A 11.1.2 – Prosecuzione attività del laboratorio di approfondimento rischio chimico sottogruppo prevenzione e controlli per l'elaborazione di procedure operative comuni (FAQ, *check list*, …)				
A 11.1.3 - Prosecuzione attività del laboratorio di approfondimento rischio chimico – sottogruppo tumori professionali per l'elaborazione di procedure operative per la sostituzione di sostanze classificate cancerogene e/o pericolose (es formaldeide)				
A 11.1.4 - Prosecuzione attività del laboratorio di approfondimento rischio chimico – sottogruppo laboratori analitici per l'implementazione dell'accordo SR ratificato il 23.04.2015				
A 11.2.1 - Messa a sistema dei flussi informativi CAV finalizzata anche all'adozione di efficaci interventi di vigilanza attraverso la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico				
A 11.3.1 - Definizione del tracciato record per monitorare la realizzazione degli obiettivi del piano nazionale controlli REACH				
A 11.4.1 - Rilevamento bisogni formativi, definizione del programma sui temi della sicurezza chimica e attuazione programma				

P.12 PROGRAMMA: "PREVENZIONE E CONTROLLO RISCHIO AMIANTO"

Descrizione del programma

La strategia regionale per la prevenzione e il controllo dell'esposizione al rischio amianto si sviluppa in continuità alle leggi regionali, alle deliberazioni e ai decreti emanati successivamente alla L. 257/92 "Norme per la cessazione dell'amianto". Si caratterizza operativamente, al pari degli altri programmi riferiti al MO 8 "Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute", nei principi di:

- **Intersettorialità,** ricerca attiva da parte della DG Welfare di ambiti di collaborazione, di interazione funzionale e di coordinamento con tutti i soggetti coinvolti, e prioritariamente, con la Direzione Generale Ambiente, Energia e Sviluppo Sostenibile;
- **Semplificazione**, contenimento degli oneri a carattere burocratico-amministrativo e non contrazione delle funzioni e dei servizi SSL, a vantaggio dei cittadini e delle imprese, anche attraverso la messa a disposizione di servizi telematici e di interoperabilità tra archivi informatici appartenenti a Istituzioni diverse;
- **Sostenibilità** non solo sociale, intesa come capacità di garantire condizioni di benessere umano equamente distribuite, ma, in una visione ampia della tematica amianto che richiede la ricerca di reali risposte ai problemi che la caratterizzano, anche ambientale.

Detti principi sono espressi quali priorità strategiche nel Programma Regionale di Sviluppo della X^ Legislatura (DCR 09.07.2013, n. X/78):

- la tutela del territorio e dell'ambiente, con riferimento al buon uso del suolo, al recupero delle aree dismesse, alla bonifica dei siti inquinati – sostenibilità e intersettorialità agite da Regione Lombardia e Partenariato Economico e Sociale;
- una Pubblica Amministrazione più efficiente e meno costosa, con riferimento alla progettazione informatica a favore di servizi più trasparenti, rapidi ed efficaci ai cittadini e alle imprese – semplificazione agita da Regione Lombardia.

Obiettivo generale

Gli obiettivi che indirizzano il programma "Prevenzione e controllo del rischio amianto" di Regione Lombardia nel periodo di riferimento sono:

a. Il monitoraggio degli ex-esposti ad amianto

In Lombardia è attivo il Centro Operativo Regionale (COR), istituito, nel rispetto del DPCM 10.12.2002, n. 308, presso la Clinica del Lavoro di Milano "Luigi Devoto" della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano Dipartimento di Medicina del Lavoro, il cui mandato, con DGR IX/527/2012, è stato esteso dalla ricerca dei mesoteliomi e tumori naso-sinusali a quelli a bassa frazione eziologica in perfetta coerenza con l'art. 244 comma 2 DLgs 81/08. Il COR della Lombardia, coordinandosi con la DG Welfare:

- ✓ realizza sistemi di monitoraggio dei rischi occupazionali da esposizione ad agenti chimici cancerogeni e dei danni alla salute che ne conseguono attraverso la raccolta, la registrazione, l'elaborazione e l'analisi dei dati;
- ✓ svolge la ricerca attiva dei tumori professionali, per gli aspetti epidemiologici, anche mediante il metodo OCCAM (*OCcupational Cancer Monitoring*), funzionalità del Sistema Informativo della Prevenzione - Person@;
- ✓ esplica funzione di interfaccia con INAIL al fine di implementare – con dati a carattere nominativo - il Registro nazionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale ReNaM e il ReNaTuns, nelle sue sezioni dedicate. Dall'anno 2000, il COR implementa il Registro Mesoteliomi Lombardia (RML) e il Registro Naso-sinusali Lombardia, e successivamente i Registri nazionali, in esito all'indagine e alla valutazione di fondatezza dei casi che gli sono segnalati dalle ASST mediante il confronto con le schede di accettazione

e dimissione ospedaliere (SDO), con gli archivi di mortalità delle ATS e con i Registri Tumori di popolazione.

Per ogni caso segnalato al COR dalle AAOO lombarde, la diagnosi viene accertata attraverso un esame approfondito delle cartelle cliniche e formulata in accordo alla Linee Guida ISPESL (ora confluito in INAIL). Per i casi confermati si verifica l'eventuale esposizione ad amianto attraverso la somministrazione diretta o indiretta (parenti) di un questionario standardizzato. Le informazioni raccolte vengono sottoposte ad un panel di esperti (igienisti industriali, medici del lavoro, epidemiologi) per giungere ad una classificazione conclusiva. Le verifiche di completezza dei dati in possesso al registro vengono periodicamente attuate mediante confronto con le schede di dimissione ospedaliera e con i certificati di morte codificati con codice 163 (ICD IX).

Questa attività si connota quale ricerca attiva dei casi, coinvolgendo i sanitari degli ospedali e del territorio in un costante dialogo e scambio diretto.

Attraverso il COR, Regione Lombardia partecipa al progetto CCM "Sperimentazione e validazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, ai sensi dell'art. 258 D.LGS 81/08" (DGR X/2638/2014).

L'attività del COR concorre all'emersione del fenomeno delle malattie professionali e al perfezionamento degli strumenti per la conoscenza e gestione delle medesime, in relazione tumori ad alta e bassa frazione eziologica, di cui al programma 8 "Tutela della salute e sicurezza del lavoratore". All'Università è assegnata per questo la conduzione del Laboratorio di Approfondimento Tumori professionali del "Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" (DGR X/1104/2013).

b. Lo sviluppo del sistema informativo della Prevenzione

All'interno del Sistema Informativo lombardo della Prevenzione, Person@ costituisce l'area dedicata a tracciare il profilo di salute del lavoratore, univocamente individuato nell'Anagrafe Assistiti Lombardi. Il sistema vanta i moduli Ma.P.I. (acronimo di Malattie Professionali e Infortuni), raccolta dei dati delle inchieste per infortunio e per malattie professionali svolte dalle ATS e dalle UOOML, ed OCCAM (acronimo di *OCcupational Cancer Monitoring*), che consente l'individuazione sistematica di possibili casi di malattia lavoro-correlata.

Per una crescita dell'efficienza operativa del COR si prevede: per i Registri Mesoteliomi, i Tumori Nasosinusali e a Bassa Frazione Eziologica dedicati sia ai soggetti esposti che ex esposti ad amianto - la realizzazione di nuove funzionalità/moduli:

a. l'acquisizione on-line delle segnalazioni e delle denunce di m.p. da parte dei sanitari, pubblici, privati e liberi professionisti dell'intera rete lombarda (ricezione automatica delle Segnalazione dei Casi, acquisizione informazioni cliniche, valutazione del caso, invio e ricezione questionari alle ATS, valutazione caso tramite Panel Medici, inserimento nei Registri Nazionali e invio dati a Ma.P.I.);
b. la cooperazione applicativa con INPS per l'acquisizione delle storie professionali, estratto delle storie contributive.

Attraverso il *Data Ware House*, Person@ dispone, altresì, dei dati dei lavoratori esposti, raccolti telematicamente attraverso Ge.M.A. (acronimo di Gestione Manufatti in Amianto), servizio gratuito offerto alle imprese che svolgono attività di bonifica per la trasmissione dei piani di lavoro e delle notifiche (artt. 250 e 256 DLgs 81/08), e delle relazioni annuali art. 9 L. 257/92. In questo modo, il programma amianto spazia dalla tutela dell'ex-esposto, anche a quella del lavoratore attualmente esposto e getta realizza l'anagrafe dei soggetti esposti per eventuali future indagini retrospettive sugli effetti delle esposizioni.

Setting

Il programma ha ad oggetto la tutela del cittadino/lavoratore esposto e del cittadino/ lavoratore ex-esposto ad amianto inserito nelle aziende private esercenti attività di bonifica

amianto, ma, in una visione di trasversalità di azione e di prevenzione diffusa, anche la tutela del cittadino (N.B. le definizioni di lavoratore ed ex-esposto sono inserite nel D.Lgs 81/08, art. 2 "*persona, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito di un'organizzazione, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari*"; dall'art. 259 comma 1" *I lavoratori addetti alle opere di manutenzione, rimozione dell'amianto o dei materiali contenenti amianto smaltimento e trattamento dei relativi rifiuti, nonché' bonifica delle aree interessate cui all'articolo 246*,…" e comma 2 " *I lavoratori che durante la loro attività' sono stati iscritti anche una sola volta nel registro degli esposti di cui all'articolo 243, comma 1*…").

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Regione Lombardia pratica la trasversalità attraverso il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti – istituzionali e non - identificati con DGR VIII/6918/2008 partecipanti al Sistema Integrato della Prevenzione. Anche la realizzazione di questo programma, inserito nel MO 2.8, passa attraverso la "*peer network*", la "rete di pari". Il programma vede un ruolo importante dello stesso COR della Lombardia che si coordina con la "rete" attraverso il Laboratorio di approfondimento (LAp) Tumori professionali. Per questo, il Lap Tumori, al pari del COR, è condotto dall'Università di Milano – Dipartimento Medicina del Lavoro. Il LAp aggrega le ATS, le UOOML, INAIL e tutti coloro che sono portatori di conoscenza, tecnici, scientifici, accademici, in una logica interdisciplinare e prospettica. Il Laboratorio lavora in sottogruppi di cui uno espressamente dedicato agli ex-esposti ad amianto.

Inoltre, è attivo un tavolo di confronto tra la DG Welfare e la DG Ambiente, Energia e Sviluppo sostenibile, cui partecipa ARPA.

Obiettivi specifici e indicatori							
MOC	**Obiettivo Centrale**	**Indicatore Obiettivi centrali**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore regionale Baseline (2014)**	**Fonte**	**Valore regionale atteso 2018**
8	8.9	8.9.1	**P12.1 Monitoraggio degli ex-esposti ad amianto**	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	Report annuale	IMPreS@, PERSON@ Banche dati: SDO, NAR, INPS	Report
8	8.9	8.9.2	**P. 12.2 Sviluppo del sistema informativo della Prevenzione**	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR) (INDICATORE SENTINELLA)	PERSON@ aggiornamento 2014	PERSON@	Realizzazione moduli gestionali

INDICATORE SENTINELLA

Titolo	**REALIZZAZIONE MODULI GESTIONALI**				
Programma	**12 - PREVENZIONE E CONTROLLO RISCHIO AMIANTO**				
Azione/Programma	A.12.2.1/P.12.2				
Obiettivo specifico	**Sviluppo del sistema informativo della Prevenzione**				
Definizione	Per accrescere l'efficienza operativa del COR si realizzano nuove funzionalità/moduli, all'interno del sistema informativo regionale della prevenzione area PERSON@, per i Registri Mesoteliomi, i Tumori Nasosinusali e a Bassa Frazione Eziologica, per i soggetti esposti ed ex esposti ad amianto. L'acquisizione on-line delle segnalazioni e delle denunce di m.p. da parte dei sanitari, pubblici, privati e liberi professionisti dell'intera rete lombarda comporterà: ricezione automatica delle Segnalazione dei Casi; invio dati a Ma.P.I.; inserimento nei Registri Nazionali; cooperazione applicativa con INPS per l'acquisizione delle storie professionali, estratto delle storie contributive.				
Numeratore					
Denominatore					
Formula matematica					
Fonte	PERSON@				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	PERSON@ (aggiornamento 2014)	Avvio studio	Conclusione studio	Applicazione sperimentale	Applicazione a sistema

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P12.1	A.12.1.1 Indagine e valutazione dei casi segnalati e redazione report	lavoratori, cittadini	Non esposto a sostenibilità organizzativa Lap Tumori professionali Non esposto a rischi di sostenibilità economica	Partecipazione attiva e responsabile da parte dei componenti il tavolo
P12.2	A.12.2.1 Attivazione di tavoli per la progettazione dei moduli	sistema	Non esposto a sostenibilità organizzativa Esposto a rischi di sostenibilità economica	Disallineamento INPS per cooperazione applicativa

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A.12.1.1 Indagine e valutazione dei casi segnalati e redazione report				
A.12.2.1 Attivazione di tavoli per la progettazione dei moduli				

P.13 PROGRAMMA: "SICUREZZA ALIMENTARE PER LA TUTELA DEL CONSUMATORE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA"

Descrizione del programma

Il sistema agro-alimentare lombardo è il più importante a livello italiano ed uno dei più rilevanti nel contesto europeo, sia dal punto di vista della produzione primaria (allevamenti, coltivazione di mangimi e di alimenti destinati all'alimentazione umana) che dell'industria alimentare (settore lattiero-caseario, delle carni e dei mangimi, settore vitivinicolo, produzione e trasformazione di cereali).

La Lombardia svolge un ruolo fondamentale anche nelle esportazioni dei prodotti alimentari, sia di origine animale sia vegetale, verso i Paesi UE ed extra UE.

ORGANIZZAZIONE REGIONALE

In Regione Lombardia la competenza per la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria, nella DG Welfare, è assegnata all'Unità Organizzativa Prevenzione, competente per gli alimenti di origine vegetale e i materiali destinati al contatto con gli alimenti, e all'Unità Organizzativa Veterinaria, competente per gli alimenti di origine animale e la sanità ed il benessere animale (ivi compresi gli animali di affezione), che lavorano in stretto raccordo sugli argomenti comuni.

A livello locale, nelle 8 ATS le stesse competenze sono in capo rispettivamente alle Unità Operative (UO) Igiene Alimenti e Nutrizione dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) e alle UO dei Dipartimenti Veterinari e Sicurezza degli alimenti di origine animale.

La DG Welfare, nel rispetto delle regole di sistema e nell'ottica della semplificazione amministrativa, persegue l'obiettivo di salute mediante politiche tese ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, migliorandone, di anno in anno, efficienza ed efficacia.

L'attuale modello organizzativo della veterinaria pubblica lombarda, prevede i Dipartimenti di prevenzione veterinari, deputati alla programmazione, monitoraggio, verifica e controllo delle attività ed i Distretti veterinari, deputati alla erogazione delle prestazioni di sanità pubblica veterinaria. La normativa nazionale, regionale ed i regolamenti aziendali definiscono i vari livelli di autonomia organizzativa e di responsabilità.

Le UO Igiene Alimenti e Nutrizione sono parte del DIPS: in base all'organizzazione aziendale, possono avere sia funzioni programmazione, monitoraggio, verifica e controllo delle attività nonché di erogazione delle prestazioni, oppure queste ultime sono in capo ai distretti territoriali.

Grazie ad un adeguato livello di informatizzazione, i DIPS e i Dipartimenti Veterinari e sicurezza degli alimenti di origine animale sono in grado di integrare i vari flussi informativi e di generarne di nuovi e completi, destinati sia ad esigenze di gestione Regionale che al Ministero della Salute ed alla UE.

La programmazione e pianificazione delle attività aziendali (piano aziendale) avviene in conformità alle regole di sistema, agli obiettivi strategici regionali e aziendali, al Manuale Operativo delle Autorità Competenti Locali-ATS della Regione Lombardia, alle disposizioni comunitarie, nazionali e regionali, a progetti, ad emergenze sanitarie, ad eventuali istanze locali di portatori d'interesse (quali amministrazioni pubbliche, istituzioni, associazioni, ecc.) ed a priorità territoriali, valutazione del rischio, corpus normativo, risorse disponibili, nonché ogni altro elemento utile ad una erogazione efficace ed efficiente delle prestazioni di sanità veterinaria e tutela della salute pubblica.

In particolare la UO Prevenzione, attraverso le delibere delle Regole di Sistema e degli obiettivi dei Direttori Generali delle ATS definisce le priorità relative alla sicurezza alimentare delle UO IAN, integrandole con atti di indirizzo tematici, quali linee guida, indicazioni per lo svolgimento dei controlli ufficiali, piani di campionamento degli alimenti di origine vegetale.

Piano Regionale Integrato della sanità Pubblica veterinaria 2015-2018

Data la complessità del contesto sopra evidenziato il modello operativo di definizione degli obiettivi strategici e delle priorità del Piano Regionale Integrato della sanità Pubblica veterinaria

2015-2018 (DGR X/2935/2014) si sviluppa in un percorso che tiene conto degli obiettivi della sanità pubblica veterinaria, delle informazioni disponibili relative ai problemi, del contesto in cui si opera e, non ultime, delle risorse disponibili e delle istanze del territorio.
Nel Piano lo sviluppo di un programma con obiettivi chiari, definiti e misurabili discende da una valutazione corretta ed oggettiva dei bisogni, dei problemi e delle domande di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti e dalla valutazione oggettiva delle informazioni epidemiologiche relative alle diverse patologie, al rischio di tossinfezioni alimentari e alle contaminazioni chimico/fisiche. In tal modo è possibile identificare, all'interno del contesto, le priorità, gli obiettivi e quindi i processi che possono portare a dei risultati con un impatto positivo per il sistema produttivo e per i consumatori.
Inoltre la programmazione degli obiettivi del piano regionale della prevenzione veterinaria viene effettuata attraverso la disamina sequenziale di due aree distinte:

1. gli obiettivi vincolanti (es. quelli definiti da piani la cui obbligatorietà discende da norme);
2. gli obiettivi strategici: individuati dalla Regione attraverso la metodologia della *scorecard*.

Entrambe le aree vengono declinate nella pianificazione locale dalle ATS attraverso un percorso top down di recepimento degli obiettivi e successiva fase attuativa bottom up definita attraverso la score card locale.
Questo approccio garantisce l'individuazione della programmazione locale in ottemperanza alle norme e in considerazione del contesto locale (es. pianura, collina, montagna), produttivo e della disponibilità di risorse.

Malattie trasmesse da alimenti

Con la DGR X/3130/2015 "Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive con ottimizzazione della lettura dei "segnali" in vista di EXPO 2015", che aggiorna la DGR VI/18853/2004 "Sorveglianza, notifica e controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia", nell'ambito più generale delle malattie infettive, di cui le malattie trasmesse da alimenti fanno parte, si è implementato il sistema informativo di notifica delle malattie infettive, rispondente alle direttive europee e nazionali in materia di sorveglianza delle malattie trasmissibili, e si è definita una rete di laboratori atti ad effettuare indagini microbiologiche con finalità epidemiologiche, onde disporre di dati approfonditi sulle malattie infettive di maggior impatto quali - quantitativo (meningiti, malattie trasmesse da alimenti, influenza da virus emergenti).

Gestione delle emergenze

A seguito dell'entrata in vigore del Regolamento (CE) 178/2002, che al Capo IV affronta, tra l'altro, la gestione delle crisi, con decreto n. 8029 del 21/07/2008 "Piano di emergenza per la sicurezza di alimenti e mangimi", la DG Welfare di Regione Lombardia ha istituito l'Unità di Crisi regionale, assegnando compiti e modalità gestionali, e ha dato indicazioni alle ATS affinché ognuna istituisse la propria Unità di Crisi. Inoltre con Decreto n. 4658 del 08/06/2015 "Adempimenti in materia di gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche di competenza della sanità pubblica veterinaria" sono state fornire indicazioni ai Dipartimenti Veterinari e sicurezza degli alimenti di origine animale delle ATS sulla cui base elaborare specifici piani di intervento per fronteggiare emergenze epidemiche e non epidemiche.

Allergie alimentari e sicurezza del consumatore

Aspetti cruciali per la tutela del consumatore soggetto ad allergia o intolleranza alimentare sono la sua informazione nel caso di prodotti sfusi (es. nel settore della ristorazione) e la corretta etichettatura dei prodotti confezionati. Il Regolamento (UE) 1169/2011 individua tra le informazioni obbligatorie da riportare in etichetta la presenza di qualsiasi ingrediente o coadiuvante tecnologico presente in un apposito elenco (allegato II del Regolamento) che provochi allergie o intolleranze usato nella fabbricazione o nella preparazione di un alimento. Il Regolamento prevede inoltre che gli operatori del settore alimentare assicurino che le

informazioni obbligatorie sugli alimenti non preimballati siano fornite, ove richiesto, al consumatore finale.
Altro aspetto rilevante è infine l'informazione e formazione degli addetti alla produzione/distribuzione/somministrazione di prodotti alimentari.
Al fine di garantire un adeguato livello di protezione del consumatore affetto da intolleranza al glutine, la DG Welfare di Regione Lombardia ha predisposto delle indicazioni alle ATS per il controllo ufficiale delle imprese alimentari che producono e/o somministrano e/o vendono alimenti non confezionati preparati con prodotti senza glutine, destinati direttamente al consumatore finale (decreto n. 7310 del 31.07.2013).

Iodoprofilassi

L'Intesa Stato Regioni del 26.02.2009 ha stabilito la costituzione di un Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi (OSNAMI). Per quanto riguarda il monitoraggio della TSH neonatale, a livello regionale è stato individuato l'ICP Ospedale dei Bambini Buzzi di Milano c/o l'ASST Fatebenefratelli - Sacco quale laboratorio di riferimento regionale per lo screening neonatale, il quale garantisce il flusso informativo all'ISS.
Il problema della carenza iodica e le relative misure correttive riguardano diversi livelli di governo, comportamenti individuali e collettivi, anche relativi al consumo di sale, la produzione, la distribuzione, la formazione ai pediatri ed ai medici di medicina generale, la raccolta e la trasmissione dei dati a livello di ATS e Regioni.
In Italia la quantità di iodio assunta con gli alimenti non è generalmente sufficiente a garantirne l'apporto giornaliero raccomandato (150 mcg): poiché per integrarne l'assunzione basta usare sale arricchito di iodio al posto del comune sale da cucina, fermo restando l'indicazione a contenere l'apporto di sale, un'azione basilare di prevenzione è la promozione dell'utilizzo del sale iodato nella ristorazione pubblica e collettiva. Per quanto riguarda la ristorazione collettiva, le linea guida regionali per la ristorazione scolastica prevedono per le ATS la verifica dell'utilizzo del sale iodato presso le mense scolastiche e dell'inserimento di tale sale nei capitolati di appalto dei Comuni. L'attività di verifica del contenuto di iodio nelle confezioni di sale immesse sul mercato verrà inserita nei controlli previsti presso le imprese alimentari.

Accordo Stato – Regioni 7 Febbraio 2013

A seguito dell'istituzione nel 2009 di un gruppo di lavoro composto da personale regionale e delle ASL (ora ATS) è stato elaborato il Manuale Operativo delle Autorità Competenti Locali - Standard di Organizzazione e Funzionamento ai sensi del Reg. (CE) n. 882/2004, che descrive gli standard minimi di organizzazione e funzionamento dei Servizi delle ATS della Regione Lombardia deputati al controllo ufficiale in campo alimentare. Il Manuale Operativo ha i seguenti obiettivi:

- definire le procedure operative delle attività che compongono il controllo ufficiale;
- riconoscere un sistema di categorizzazione del rischio correlato con le caratteristiche delle attività produttive, degli alimenti, dei mangimi, nonché con lo stato sanitario degli animali destinati al consumo umano;
- progettare un sistema di auditing (dei sistemi organizzativi e gestionali, dei processi, dei prodotti), che agisca nell'ottica del miglioramento continuo delle attività di controllo;
- revisionare del sistema di raccolta, elaborazione e valutazione dei dati del controllo ufficiale tenendo conto dei sistemi informatici già in essere o in via di realizzazione;
- sviluppare competenze sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare, salute e benessere animale, secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità, in relazione al Reg. (CE) n. 882/2004.

Il recepimento del Manuale Operativo è stato obiettivo dei Direttori Generali ASL nel 2011 e conseguentemente le ASL hanno rivisto i documenti/procedure aziendali in essere. Nel biennio 2011 – 2012 è stata realizzata della formazione specifica sul Manuale e quindi sugli elementi del controllo ufficiale ai sensi del Reg. (CE) n. 882/2004.

A seguito dell'elaborazione della strategia di audit ex art. 4 (6) del Reg. (CE) n. 882/2004, è stata realizzata della formazione specifica per auditors e per il personale ATS auditato (responsabili UO IAN e responsabili aree dei DV).
Tutto il percorso contribuisce all'attuazione dell'Intesa Stato Regioni del 07.02.2013.

Laboratori di Prevenzione delle ATS e Istituto Zooprofilattico Sperimentale

I 7 Laboratori di Prevenzione delle ATS svolgono attività analitica microbiologica e chimica a supporto dell'attività di controllo dei DIPS delle ATS. Nell'ambito del controllo ufficiale per la sicurezza alimentare, garantiscono quindi le analisi microbiologiche e chimiche degli alimenti di origine non animale e dei materiali destinati al contatto con gli alimenti, nonché delle acque destinate al consumo umano.
Con DGR IX/4441/2012, DGR X/1103/2013 e DGR X/4761/2016 si è formalizzato il percorso in atto da alcuni anni per la razionalizzazione dei Laboratori di Prevenzione delle ATS, attraverso la riqualificazione delle attività analitiche e basato sui principi di efficienza e di economicità. Con la DGR n. X/1103/2013, in particolare, sono stati individuati i Laboratori di Riferimento regionale per quelle analisi che richiedono significativi investimenti in relazione alle metodiche analitiche e/o per quelle eseguite su un numero non elevato di campioni, riconoscendo la sussistenza, ove presente, di condizioni di operatività strumentale adeguata agli standard stabiliti dall'Unione Europea.
Per quanto riguarda il ruolo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, nell'ambito sia degli obiettivi vincolanti che strategici, esso assicura alla Regione il supporto tecnico scientifico per la identificazione e gestione dei rischi in materia di Sanità animale e sicurezza alimentare. Tale impegno si rende concreto anche grazie alla capillare presenza sul territorio delle sezioni provinciali, sia attraverso la disponibilità di laboratori diagnostici di avanguardia sia con attività specifiche a valenza strategica a supporto della programmazione e pianificazione delle attività dei Dipartimenti Veterinari nei campi della sicurezza alimentare, della prevenzione ed eradicazione delle malattie degli animali, del benessere animale e della tutela ambientale.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale del Programma è la tutela della salute del consumatore "dal campo alla tavola", come recita lo slogan della Commissione europea. Tale obiettivo viene perseguito attraverso:

- la verifica della sicurezza dei prodotti alimentari
- la tutela della sicurezza ambientale
- il controllo delle malattie a carattere zoonosico
- la prevenzione delle malattie animali
- la promozione della sostenibilità e della competitività delle produzioni agro-zootecniche regionali

ai quali si affianca la promozione del benessere e dell'interazione uomo-animale.

Setting

Il programma è rivolto alla tutela del consumatore, inteso dalla normativa alimentare come il consumatore finale di un prodotto alimentare che non utilizzi tale prodotto nell'ambito di un'operazione o attività di un'impresa del settore alimentare (Reg. (CE) 178/2002).
Il Programma è sviluppato presso le ATS, con la collaborazione delle ASST e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia ed Emilia Romagna.
Target sono i cittadini lombardi di tutte le età.
Il programma spazia dalla prevenzione umana e animale, al supporto al mondo economico della produzione, fino alla dimensione etica, ovvero il concetto della salute in senso olistico. Trasversale a tutte le aree di intervento è il concetto fondamentale di "*One Health*" quale approccio interdisciplinare e globale alla salute e al benessere delle persone e animali.

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale)

Il programma prevede un approccio integrato alla tutela della salute pubblica tra i diversi soggetti che costituiscono il sistema lombardo con il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti i livelli della filiera alimentare, comprese le associazioni di categoria e dei consumatori.

Regione Lombardia ha istituito, con DGR X/11052/2013, il "Tavolo regionale di coordinamento per la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria", che dà attuazione, in via sperimentale, a quanto previsto dall'"Intesa sulle linee guida in materia di controlli ai sensi dell'art 14, comma 5, del Decreto Legge 09.02.2012 n. 5, convertito con modificazioni dalla legge 04.04.2012 n. 35", prevedendo che le attività di controllo delle Autorità Competenti in materia di sicurezza alimentare siano realizzate in modo condiviso e coordinato.

Obiettivi specifici e indicatori						
MOC	**Indicatore Obiettivo centrale**	**Obiettivo specifico regionale**	**Indicatore di programma**	**Valore regionale Baseline**	**Fonte**	**Valore regionale atteso 2018**
10	10.1.1	**P13.1** **Adottare piani di controllo integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura**	13.1.1 - Adozione di protocolli per la definizione di controlli integrati	Protocollo di intesa per istituzione tavolo regionale di coordinamento delle AACC in materia di controlli per la sicurezza alimentare	Regione	Formalizzazione di un programma quadriennale di controllo coordinato tra le AACC in materia di sicurezza alimentare
10	10.2.1	**P13.2** **Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco**	13.2.1 - Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Protocollo di intesa Ministero della Salute, Regione Lombardia e Istituto Zooprofilattico della Lombardia ed Emilia anno 2014	Regione	100% Svolgimento di almeno 1 evento/anno per Regione di sensibilizzazione/informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco, rivolto ai portatori di interesse (a partire dai distributori e grossisti fino a coinvolgere i medici veterinari prescrittori se e quando l'obbligo di ricetta elettronica sarà a regime)

10 9	10.3.1 9.5.1 9.5.2	**P13.3** **Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario**	13.3.1 - Protocolli di collaborazione che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali	Definizione formale delle modalità di segnalazione e notifica delle malattie trasmesse da alimenti e animali (nell'ambito generale delle malattie infettive) con individuazione dei laboratori di riferimento per le analisi sia del campione umano che alimentare	Regione	Mantenimento dei flussi informativi e operativi per la gestione di MTA e zoonosi Predisposizione di un atto di programmazione regionale per la gestione delle MTA con conseguente eventuale adeguamento delle capacità analitiche dei Laboratori
	10.4.1	**P13.4** **Completare i sistemi anagrafici**	13.4.1 - Inserimento nel Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVSA) di tutti i nuovi operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015 e trasferimento delle anagrafiche preesistenti in possesso di Regioni e P.A. secondo le tempistiche e le modalità dettate dal Piano Nazionale Alimentazione Animale 2015-2017	Presente un'anagrafe imprese riconosciute in SIVI e a livello regionale e locale dei registrati	SINVSA	completamento anagrafe OSM in Sinsva come da indicazioni PNAA
10	10.4.2		13.4.2 - Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"	Presente un'anagrafe imprese a livello regionale e locale	Impres@ a livello regionale e database aziendali per gli alimenti di origine non animale SIVI per Regione e DPV per alimenti di origine animale	Allineamento anagrafi regionali e locali con Masterlist
10	10.5.1 10.5.2	**P13.5** **Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari**	13.5.1 - Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	Indicazioni alle ATS (DIPS e DV) per la gestione delle emergenze, con istituzione di Unità di Crisi integrate a livello locale	Regione	Aggiornamento linee guida

			13.5.2 - Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	Effettuazione nel 2012 di un evento esercitativo che ha coinvolto DIPS, DV, ISZLER, Laboratori di Prevenzione delle ATS e con la partecipazione di dirigenti della Protezione Civile di associazioni di volontariato	Regione	Organizzazione di 1 evento regionale
			13.5.3 - Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale	Non rilevato	Regione	Organizzazione di 1 evento regionale
10	10.6	**P 13.6** **Prevenire le malattie infettive e diffusive di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali**	13.6.1 - I piani di sorveglianza sanitaria degli animali selvatici devono avere come obiettivo prioritario la rapida rilevazione di un determinato agente eziologico nel territorio soggetto a sorveglianza (*early detection*), nonché la contestuale raccolta di dati sanitari per la valutazione del rischio circa la trasmissione di tale agente alle popolazioni domestiche e agli esseri umani e sulla base di questa l'adozione di idonee misure di gestione. Le malattie da sottoporre a sorveglianza sono: Afta epizootica, Peste suina classica, peste suina africana, rabbia, influenza aviaria, west nile disease, pseudopeste aviare, brucellosi, tubercolosi	PRISPV2012-2014	Regione	Piano di sorveglianza per almeno 4 delle malattie di cui alla definizione
10	10.7.1	**P 13.7** **Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici**	13.7.1 - Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013	Indicazioni alle UO IAN e ai Laboratori di Prevenzione delle ATS relativamente a campionamenti e analisi di matrici alimentari Per quanto riguarda gli alimenti di origine animale individuazione dei pericoli e definizione dei piani di analisi	Regione	Predisposizione di programmazione regionale dei campionamenti con aggiornamento delle capacità analitiche dei Laboratori di Prevenzione delle ATS Piani di controllo

10	10.8	**P 13.8** **Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi**	13.8.1 - Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	PRISPV2012-2014	Regione	Realizzazione di un piano di informazione /comunicazione rivolto alla popolazione finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale
			13.8.2 - Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	PRISPV2012-2014	Regione	Mantenimento del valore attuale(per le Regioni con valori > 55%)
			13.8.3 - Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	PRISPV2012-2014	Regione	Almeno 1 controllo /anno per ciascun rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ATS
10	10.9.1	**P13.9** **Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache**	13.9.1 - Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	Eventi formativi su celiachia organizzati dalle ATS nei loro piani formativi annuali.	Regione	Inserimento nel piano formativo annuale di almeno un evento sulle intolleranze e allergie alimentari
10	10.10.1	**P13.10** **Ridurre i disordini da carenza iodica**	13.10.1 - Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale	Esistenza flusso, implementato da ICP Ospedale dei Bambini Buzzi di Milano c/o ASST Fatebenefratelli - Sacco	Osservatorio nazionale ISS e MS	Monitoraggio ed eventuale efficientamento del sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in uso
10	10.10.2		13.10.2 - Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	Non rilevato	Impres@	Creazione di un sistema standardizzato tra le ATS di raccolta dei dati relativi ai controlli e trasmissione a Ministero e ISS secondo format fornito dal Ministero/ISS
10	10.11.1	**P13.11** **Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale**	13.11.1 - Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente (INDICATORE SENTINELLA)	Formazione relativa ad aspetti specifici del controllo ufficiale inserita nel piano di formazione annuale regionale/aziendale	Regione	Inserimento nel piano formativo regionale e aziendale annuale di corsi ai sensi dell'Accordo Stato Regioni

10	10.12.1	**P13.12** **Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004**	13.12.1 - Rendicontazione dell'attività di audit svolta (INDICATORE SENTINELLA)	Strategia di audit 2013-2014 sui SIAN. PRISPV2012-2014	Regione - Questionario LEA (Format ministeriale) Indicatore AAJ1.4	Svolgimento attività di audit su tutte le autorità competenti locali (ATS) con copertura di tutti i sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" della CE.

INDICATORI SENTINELLA

Titolo	**FORMARE ADEGUATAMENTE IN MERITO ALLE TECNICHE E ALL'ORGANIZZAZIONE DEL CONTROLLO UFFICIALE**				
Programma	**13 - SICUREZZA ALIMENTARE PER LA TUTELA DEL CONSUMATORE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA**				
Azione/Programma	A13.11				
Obiettivo specifico	**100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il 1° percorso (approfondimento pacchetto igiene) entro il 2018**				
Definizione	Formazione del personale addetto al controllo ufficiale ai sensi dell'accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013				
Numeratore	N° operatori formati (A)				
Denominatore	N° operatori da formare (B)				
Formula matematica	A/B%				
Fonte	RILEVAZIONE REGIONALE				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	-	10%	40%	70%	100%

Titolo	**AUDIT PREVISTI DALL'ARTICOLO 4, PARAGRAFO 6, DEL REGOLAMENTO CE 882/2004**				
Programma	**13 - SICUREZZA ALIMENTARE PER LA TUTELA DEL CONSUMATORE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA**				
Azione/Programma	A13.12.1 -2/P.13.12.1				
Obiettivo specifico	**Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004**				
Definizione	Il Regolamento (CE) 882/2004 prevede che la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali effettuati dai Servizi competenti delle ATS (IAN e DV) sugli Operatori del Settore Alimentare sia effettuata anche mediante l'esecuzione di audit da parte dell'Autorità Competente regionale. La DG Welfare (UO Prevenzione e UO Veterinaria) svolgerà quindi un'attività di audit nei settori di pertinenza e auditerà le autorità competenti locali (IAN e DV) almeno una volta entro il 2018.				
Numeratore	n. audit effettuati				
Denominatore	n. audit da effettuare (15 ASL- 8 ATS e 8 Sistemi di Controllo)				
Formula matematica	Percentuale				
Fonte	REGIONE - QUESTIONARIO LEA (FORMAT MINISTERIALE)				
Regione Lombardia	**Baseline 2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Valore	100% ASL	15% ASL	40% ATS	75% ATS	100% ATS

Quadro delle azioni ed elementi principali di pianificazione				
OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	**AZIONI**	**TARGET principale**	**SOSTENIBILITA'**	**RISCHI**
P13.1	A13.1.1 Definizione di un programma sperimentale di controlli coordinati in alcuni settori di interesse	AACC	Sostenibilità organizzativa: assegnazione obiettivi a DG ATS Non esposto a rischi di sostenibilità economica	Mancata collaborazione di tutte le AACC
	A13.1.2 Implementazione di Ars Alimentaria come data base comune dei controlli	AACC		
	A13.1.3 Definizione Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC)	AACC		
P13.2	A13.2.1 Programma sperimentale sulla dematerializzazione della ricetta veterinaria	Operatori Filiera, Dipartimenti Veterinari	Sostenibilità organizzativa: coordinamento con Operatori Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A13.2.2 Prova in campo	Operatori Filiera, Dipartimenti Veterinari		
	A13.2.3 eventi formativi agli operatori della filiera sull'uso responsabile del farmaco veterinario e sui rischi dell'antibiotico resistenza	Operatori filiera		
P13.3	A.13.3.1 Predisposizione atto di indirizzo sulla gestione delle Malattie trasmesse da Alimenti (MTA)	Regione/ ATS / Laboratori	Sostenibilità organizzativa: assegnazione obiettivi a DG ATS Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A.13.3.2 Mantenimento dei flussi informativi e operativi per la gestione di MTA e zoonosi	Regione/ ATS / Laboratori		
P13.4	A13.4.1 Verifica della rispondenza delle anagrafi attuali con Masterlist	Regione	Sostenibilità organizzativa: azione di sistema Sostenibilità economica: adeguamento data base	
	A13.4.2 Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "*Masterlist* regolamento CE 852/2004"	Regione		
	A13.4.3 Adeguamento anagrafiche OSM nel rispetto del cronoprogramma stabilito dal PNAA	Regione		
P13.5	A13.5.1 Aggiornamento degli indirizzi alle ATS per la predisposizione dei protocolli operativi per la gestione delle emergenze	Regione e UO IAN/DV	Sostenibilità organizzativa: assegnazione obiettivi a DG ATS Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A13.5.2 Preparazione e realizzazione dell'evento esercitativo	Regione, UO IAN /DV, Autorità e Operatori coinvolti		
P13.6	A13.6.1 Adozione di piani di sorveglianza e controllo nei confronti di TBC, Bruc, Peste suina, Influenza aviaria e west nile disease	DV e operatori filiera	Sostenibilità organizzativa: coinvolgimento Operatori Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A13.6.2 Interventi di formazione, informazione DV	DV e operatori filiera		
P13.7	A.13.7.1 Predisposizione/aggiornamento della programmazione regionale dei campionamenti con aggiornamento delle capacità analitiche dei Laboratori di Prevenzione delle ATS	Regione/ ATS / Laboratori	Sostenibilità organizzativa: assegnazione obiettivi a DG ATS	

			Sostenibilità economica: adeguamento capacità analitiche dei Laboratori di Prevenzione delle ATS	
13P.8	A.13.8.1 Eventi di formazione sul possesso responsabile degli animali d'affezione e sugli obblighi di identificazione in tutti i DV	Cittadini	Sostenibilità organizzativa: assegnazione obiettivi a DG ATS Sostenibilità economica: impegno di spesa già previsto	
	A13.8.2 Attivazione sistemi per facilitare le restituzione dei cani catturati (sms)	DV, Operatori e cittadini		
	A13.8.3 piano di controllo sui canili sanitari e rifugio	DV e operatori		
P13.9	A13.10.1 Attivazione di un tavolo di lavoro con le ATS, le associazioni dei consumatori e di categoria per la predisposizione di indirizzi per la formazione sulle intolleranze e allergie alimentari	UO IAN/*stakeholders*	Sostenibilità organizzativa: assegnazione obiettivi a DG ATS Non esposto a rischi di sostenibilità economica	Mancata adesione degli *stakeholders*/mancata rappresentatività degli *stakeholders*
	A13.10.2 Predisposizione di indirizzi alle ATS per l'inserimento nei piani formativi annuali di eventi dedicati alle intolleranze e allergie alimentari e rivolte alle varie categorie di *stakeholders* (scuole, associazioni di categoria, responsabili mense socio-sanitarie…)	UO IAN /*stakeholders*		
P13.10	A13.10.1 Monitoraggio ed eventuale efficientamento del sistema di trasmissione dei dati del monitoraggio del Tsh neonatale all'ISS secondo il format in uso	Regione/ c/o ASST Fatebenefratelli - Sacco	Sostenibilità organizzativa: assegnazione obiettivi a DG ATS Sostenibilità economica: adeguamento data base Impres@	Mancata disponibilità da parte del Ministero/ISS del format di rendicontazione/flusso standardizzato
	A13.10.2 Predisposizione di indirizzi alle ATS per il controllo della presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	UO IAN		
	A13.10.3 Adeguamento del database regionale per la raccolta dei dati provenienti dai controlli ATS e la rendicontazione a Ministero e ISS secondo format fornito dagli stessi	Regione/ UO IAN		
P13.11	A13.11.1 Predisposizione di indirizzi (alle ATS) per l'inserimento nei piani formativi annuali di eventi dedicati alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale	UO IAN /DV	Sostenibilità organizzativa: assegnazione obiettivi a DG ATS Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A13.11.2 Attuazione eventi formativi	UO IAN /DV		
P13.12	A13.12.1 Predisposizione della strategia di audit 2015-2018 sui Dipartimenti	UO IAN /DV	Sostenibilità organizzativa: assegnazione obiettivi a DG ATS Non esposto a rischi di sostenibilità economica	
	A13.12.2 Svolgimento attività di audit su tutte le autorità competenti locali (ATS) con copertura di tutti i sistemi di controllo di cui al "*Country Profile* Italia" della CE	UO IAN /DV		

Per l'Obiettivo specifico regionale P13.11, al fine di garantire il raggiungimento dello standard centrale "*100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto igiene) entro il 2018. -100% delle Regioni hanno programmato il mantenimento della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso*", si procederà come di seguito riportato:

— Rilevazione del personale UO IAN e DV da formare: tabella del Country Profile 2015, aggiornata al personale effettivamente in servizio nel 2016 e con proiezione al 2018

— Rilevazione del personale già formato sul primo percorso definito dall'Accordo Stato Regioni 07 Febbraio 2013 (corsi di formazione realizzati dall'ACR e conseguente formazione a cascata dell'ACL, con verifica della congruenza del programma).

— Indicazioni alle ACL al fine dell'inserimento nel piano formativo aziendale annuale di corsi ai sensi dell'Accordo Stato Regioni, con definizione della percentuale di personale da formare ogni anno pari al 30%
— Inserimento nel piano formativo regionale annuale di corsi relativi ad aspetti specifici del controllo ufficiale, al fine del mantenimento della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2015.
— Predisposizione di un format di rendicontazione per le ACL al fine del monitoraggio della formazione effettuata annualmente

CRONOPROGRAMMA					
AZIONI		**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
A13.1.1	Definizione di un programma sperimentale di controlli coordinati in alcuni settori di interesse				
A13.1.2	Implementazione di Ars Alimentaria come data base comune dei controlli				
A13.1.3	Definizione PRIC				
A13.2.1	Programma sperimentale sulla dematerializzazione della ricetta veterinaria				
A13.2.2	Prova in campo				
A13.2.3	Eventi formativi agli operatori della filiera sull'uso responsabile del farmaco veterinario e sui rischi dell'antibiotico resistenza				
A13.4.1	Verifica della rispondenza delle anagrafi attuali con *Masterlist*				
A13.4.2	Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "*Masterlist* regolamento CE 852/2004"				
A13.4.3	Adeguamento anagrafiche OSM nel rispetto del cronoprogramma stabilito dal PNAA				
A13.5.1	Aggiornamento degli indirizzi alle ATS per la predisposizione dei protocolli operativi per la gestione delle emergenze				
A13.5.2	Preparazione e realizzazione dell'evento esercitativo				
A13.6.1	Adozione di piani di sorveglianza e controllo nei confronti di TBC, Bruc, Peste suina, Influenza aviaria e *west nile disease*				
A13.6.2	Interventi di formazione, informazione DV				
A.13.7.1	Aggiornamento capacità analitiche laboratori pubblici				
A.13.8.1	Eventi di formazione sul possesso responsabile degli animali d'affezione e sugli obblighi di identificazione in tutti i DV				
A13.8.2	Attivazione sistemi per facilitare le restituzione dei cani catturati (sms)				
A13.8.3	Piano di controllo sui canili sanitari e rifugio				
A13.9.1	Predisposizione di indirizzi alle ATS per il controllo della presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva				
A13.9.2	Adeguamento del database regionale per la raccolta dei dati provenienti dai controlli ATS e la rendicontazione a Ministero e ISS secondo format fornito dagli stessi				
A13.10.1	Attivazione di un tavolo di lavoro con le ATS, le associazioni dei consumatori e di categoria per la predisposizione di indirizzi per la formazione sulle intolleranze e allergie alimentari				
A13.10.2	Predisposizione di indirizzi alle ATS per l'inserimento nei piani formativi annuali di eventi dedicati alle intolleranze e allergie alimentari e rivolte alle varie categorie di *stakeholders* (scuole, associazioni di categoria, responsabili mense socio-sanitarie…)				
A13.11.1	Predisposizione di indirizzi (alle ATS) per l'inserimento nei piani formativi annuali di eventi dedicati alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale				
A13.11.2	Attuazione eventi formativi				
A13.12.1	Predisposizione della strategia di audit 2015-2018 sui Dipartimenti				
A13.12.2	Svolgimento attività di audit su tutte le autorità competenti locali (ATS) con copertura di tutti i sistemi di controllo di cui al "*Country Profile* Italia" della CE				

Allegato

Quadro d'insieme indicatori regionali